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
«05»марта 2024 г.

ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.22 ПСИХОТЕРАПИЯ

Направленность: Психотерапия
Уровень профессионального образования: Высшее образование - подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация: Врач-психотерапевт

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации «16» октября 2023 г. № 982

Санкт-Петербург
2024

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия утверждена решением Ученого совета ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Протокол № 2 от «05» марта 2024 г.

Утвержденная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия хранится в учебно-методическом отделе в виде бумажной версии и электронной копии.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальностям 31.08.22 Психотерапия рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Место работы, должность, название организации	Ученая степень
Городнова Марина Юрьевна	Профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»	д.м.н. доцент
Дутов Владимир Борисович	Главный врач Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 1»	к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 4
1.1. Назначение основной профессиональной образовательной программы 4
1.2. Нормативные документы: 5
1.3. Перечень сокращений....5
Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ 6
2.1. Общее описание профессиональной деятельности выпускников:....6
2.2. Типы задач профессиональной деятельности выпускников:....6
2.3. Перечень профессиональных стандартов, соотнесённых с ФГОС ВО....6
2.4. Перечень основных задач профессиональной деятельности выпускников 7
Раздел 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ……8
3.1. Квалификация, присваиваемая выпускникам программы ординатуры: 8
3.2. Объем программы ординатуры....8
3.3. Формы обучения....8
3.4. Срок получения образования 9
Раздел 4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ....9
4.1. Требования к планируемым результатам освоения программы ординатуры, обеспечиваемым дисциплинами (модулями) и практиками обязательной части.....9
4.1.1. Универсальные компетенции выпускников....10
4.1.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников 11
4.1.3. Профессиональные компетенции выпускников 13
Раздел 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ 15
5.1. Основные блоки структуры программы ординатуры:....15
5.2. Типы практики....15
5.3. Учебный план и календарный учебный график....16
5.4. Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик....16
5.5. Оценочные средства....16
5.6. Иные компоненты 16
5.6.1. Программа государственной итоговой аттестации....16
5.6.2. Рабочая программа воспитания 17
5.6.3. Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности 17
Раздел 6. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПОП....18
6.1. Общесистемные требования к реализации программы ординатуры 18
6.2. Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение 18
6.3. Требования к кадровым условиям реализации программы ординатуры....20
6.4. Требования к финансовым условиям реализации программы ординатуры.....21
6.5. Требования к применяемым механизмам оценки качества образовательной деятельности и подготовки обучающихся по программе ординатуры.....21

Приложение 1 *Учебный план*
Приложение 2 *Календарный учебный график.*
Приложение 3 *Аннотации рабочих программ*
Приложение 4 *Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик с приложениями*
Приложение 5 *Матрица компетенций*
Приложение 6 *Рабочая программа воспитания*
Приложение 7 *Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности*

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Назначение основной профессиональной образовательной программы высшего образования (ОПОП ВО)

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее – ОПОП ВО) по специальности 31.08.22 Психотерапия представляет собой комплекс учебно-методических документов, разработанных и утвержденных организацией в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия в соответствии с Квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. № 541н., 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.

ОПОП 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.

ОПОП ВО включает в себя: учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, дисциплин (модулей), программы практики и научно-исследовательской работы (НИР), оценочные и методические материалы, рабочую программу воспитания, календарный план воспитательной работы и другие материалы, обеспечивающие качество подготовки обучающихся.

Целью образовательной программы 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 «Психотерапия».

Задачами образовательной программы является:

1. Подготовка высококвалифицированных специалистов, владеющих теоретическими знаниями и практическими навыками, необходимыми для подготовки, принятия и реализации эффективных решений в области профессиональной деятельности.
2. Сочетание практической направленности обучения с глубокой фундаментальной подготовкой.
3. Развитие инновационных способностей выпускников, осуществление фундаментальных и практических исследований в области здравоохранения и науки.
4. Формирование социально-личностных качеств, способствующих укреплению нравственности, творческих способностей, социальной адаптации, коммуникативности, толерантности, настойчивости в достижении цели, готовности принимать решения и профессионально действовать.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России создает условия для максимальной гибкости и индивидуализации образовательного процесса, предоставляя каждому обучающемуся возможность построения гибких индивидуальных траекторий, обеспечивающих формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций. Организация учебного процесса в рамках реализуемой

ОПОП осуществляется с максимальным использованием инновационных и информационных технологий, элементов научных исследований.

1.1. Нормативные документы:

- Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с последующими дополнениями и изменениями);
- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими дополнениями и изменениями);
- Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 16 октября 2023 г. № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- 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);
- Локальные нормативные акты ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
- Устав образовательной организации.

1.2. Перечень сокращений

ФЗ – Федеральный закон;
ФГОС ВО – федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования;
ОПОП ВО – основная профессиональная образовательная программа;
УК – универсальная компетенция;
ОПК – общепрофессиональная компетенция;
ПК – профессиональная компетенция;
з.е. – зачетная единица;
ГИА – государственная итоговая аттестация
Центр Алмазова – Федеральное государственное образовательное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ЭИОС - Электронная информационно-образовательная среда

Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ

2.1. Общее описание профессиональной деятельности выпускников:

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

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

02 Здравоохранение (в сфере психотерапии);

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

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

Объектами профессиональной деятельности выпускников, ОПОП ВО 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);
- совокупность средств и технологий;
- учетно-отчетная документация в организации;
- образовательные программы и образовательный процесс в системе ВО;
- обучающиеся;
- образовательные, медицинские и научные организации;
- биологические объекты;
- базы данных;
- нормативные документы;
- медицинские работники.

2.2. Типы задач профессиональной деятельности выпускников:

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

2.3. Перечень профессиональных стандартов, соотнесённых с ФГОС ВО

В связи с отсутствием профессионального стандарта разработка профессиональных компетенций для специальности 31.08.22 Психотерапия осуществляется с учётом квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения и согласно пункту 3.5 ФГОС ВО по специальности 31.08.22 Психотерапия, на основе анализа требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2.4. Перечень основных задач профессиональной деятельности выпускников

Таблица 2

Область профессиональной деятельности (по Реестру Минтруда)	Типы задач профессиональной деятельности	Задачи профессиональной деятельности	Объекты профессиональной деятельности (или области знания)
01 Образование и наука	Педагогический	Осуществление педагогической деятельности. Преподавание по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования.	Обучающиеся по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, обучающиеся по дополнительным профессиональным программам; образовательный процесс
		Разработка образовательных программ профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования.	образовательные программы профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; образовательные организации; медицинские организации
	Научно-исследовательский	Анализ научной литературы, проведение статистического анализа, публичное представление полученных результатов; решение отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.	Физические лица (пациенты, законные представители пациентов); совокупность средств и технологий; базы данных; медицинская документация; медицинские организации; научные организации; биологические объекты
02 Здравоохранение	Медицинский	Диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения методами исследований; оказание специализированной медицинской помощи; участие в диагностике неотложных состояний и оказании медицинской помощи в экстренной форме.	физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет (дети), от 15 до 18 лет (подростки) и в возрасте старше 18 лет (взрослые); медицинские организации
	Научно-исследовательский	Проведение прикладных научных исследований в области психотерапии; анализ, обобщение и публичное представление результатов выполненных научных исследований; использование лабораторной и	Физические лица (пациенты) (законные представители) пациентов; совокупность средств и технологий, базы данных, медицинская документация

		инструментальной базы для получения научных данных.	
07 Административно-управленческая и офисная деятельность	Организационно-управленческий	Использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций. Использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений рентгенологического профиля, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг.	Нормативные документы, совокупность средств и технологий, направленных на оценку качества оказания медицинской помощи; медицинские организации; медицинские работники

Раздел 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ реализуемой в рамках специальности 31.08.22 Психотерапия

3.1. Квалификация, присваиваемая выпускникам программы ординатуры:

Квалификация, присваиваемая выпускникам образовательной программы – «Врач-психотерапевт».

Содержание обязательной части ОПОП обеспечивает выпускнику по специальности 31.08.22 Психотерапия возможность пройти первичную специализированную аккредитацию специалиста в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в порядке, установленном Положением об аккредитации специалистов, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н.

3.2. Объем программы ординатуры

Объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц (далее – з.е.) вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации программы ординатуры с использованием сетевой формы, реализации программы ординатуры по индивидуальному учебному плану.

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

3.3. Формы обучения

Обучение по программе ординатуры осуществляется в очной форме.

3.4. Срок получения образования

Срок получения образования по программе ординатуры (вне зависимости от применяемых образовательных технологий) в очной форме обучения, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, составляет 2 года.

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

При реализации программы ординатуры Центр Алмазова вправе применять электронное обучение, дистанционные образовательные технологии.

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

Реализация программы ординатуры с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий не допускается.

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

3.5. Государственный язык реализации программы ординатуры

Программа ординатуры реализуется на государственном языке Российской Федерации - русском языке.

Раздел 4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

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

Совокупность результатов освоения программы ординатуры определяется приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностями применять знания, умения, навыки и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности

В результате освоения программ ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5.

4.1.1. Универсальные компетенции выпускников

Таблица 4.1.

Наименование категории компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1-1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски.
		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.
		УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта.
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон
		УК-3.4. Создаёт и поддерживает в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.
		УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровье сбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории
		УК-5.2. Применяет методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
		УК-5.3. Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда

4.1.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников

Таблица 4.2

Категория общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности
		ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития
		ОПК-1.3. Способен использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению.
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни
		ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.
		ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1. Умеет осуществлять педагогические действия для решения различных профессиональных задач.
		ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания.
		ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения.
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента.
		ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.
		ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
		ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.
		ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.

	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.
		ОПК-6.2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.
		ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК7.1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы.
		ОПК-7.2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.
		ОПК-7.3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.
		ОПК-8.2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.
		ОПК-8.3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Проводит анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения.
		ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными
		ОПК-9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.
	ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
		ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания)
		ОПК-10.3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме

4.1.3. Профессиональные компетенции выпускников

Таблица 4.3

Область/ Сфера профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Тип задач профессиональной деятельности: педагогический		
Образование и наука - в сфере образования	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.	ПК-1.1. Участвует в разработке рабочих программ, оценочных и методических материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО.
		ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий под руководством куратора.
		ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов под руководством куратора.
Тип задач профессиональной деятельности: научно-исследовательский		
Образование и наука - в сфере научных исследований	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных
		ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач
		ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок
		ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации
Тип задач профессиональной деятельности: организационно-управленческий		
Административно-управленческая и офисная деятельность в сфере здравоохранения	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.
		ПК-3.2. Организовывает работу структурных подразделений медицинской организации
		ПК-3.3. Применяет требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности
		ПК-3.4 Формирует нетерпимое отношение к проявлению экстремизма, терроризма, коррупционному поведению и противостоять им в профессиональной деятельности
Тип задач профессиональной деятельности: медицинский		
Здравоохранение в сфере психотерапии	ПК-4. 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-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.
		ПК-4.2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.
		ПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.
	ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании	ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов

	психотерапевтической медицинской помощи	медицинской помощи.
		ПК-5.2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.
		ПК-5.3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.

Раздел 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

5.1. Основные блоки структуры программы ординатуры*:*

Блок 1 «Дисциплины»
Блок 2 «Практика»;
Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

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

Объем обязательной части образовательной программы, включая дисциплины (модули) и практики, без учета объема государственной итоговой аттестации, составляет не менее 90 процентов от общего объема программы ординатуры.

Обучающимся обеспечена возможность освоения элективных дисциплин (модулей) и факультативных дисциплин. Факультативные дисциплины не включаются в объем программы ординатуры.

Часть образовательной программы, формируемая участниками образовательных отношений, направлена на углубление универсальных компетенций и развитие рекомендуемых профессиональных компетенций, определяющих способность выпускника решать специализированные задачи профессиональной деятельности, в том числе в междисциплинарных областях.

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

В качестве унифицированной единицы измерения трудоемкости учебной нагрузки обучающегося используется зачетная единица – з.е., эквивалентная 36 академическим часам.

Таблица 5

Структура и объем программы ординатуры

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

5.2. Типы практики

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

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

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

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

Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся.

5.3. 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, а также часов практической подготовки по каждому виду учебной деятельности. *Учебный план представлен в Приложении 1.*

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 2.*

5.4. Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик

Программы дисциплин и практик разработаны отдельными документами в соответствии с требованиями к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы в части индикаторов достижения универсальных и общепрофессиональных компетенций выпускника, а также в части профессиональных компетенций и индикаторов их достижения (*Приложение 4*).

Аннотации рабочих программ и практик включают в себя аннотации на базовые обязательные дисциплины и практики, а также аннотации программ на дисциплины и практики, формируемые организаций, как участника образовательных отношений *представлены в Приложении 3.*

Сформирована обобщающая матрица осваиваемых компетенций с индикаторами достижения компетенций (*Приложение 5*).

5.5. Оценочные средства

В соответствии с требованиями ФГОС ВО для аттестации обучающихся на соответствие их персональных достижений требованиям ОПОП 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.

5.6. Иные компоненты

5.6.1. Программа государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация осуществляется в соответствии с приказом Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. N 227 "Об утверждении Порядка

проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки" (с изменениями и дополнениями) и локальным актом «Положение о проведении государственной итоговой аттестации по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»**.**

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

Обучающимся, успешно прошедшим итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

Обучающемуся, 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 итоговая аттестация проводится с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких выпускников.

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

– мониторинга и периодического рецензирования образовательных программ;

– разработки объективных процедур оценки уровня знаний и умений обучающихся, компетенций выпускников;

– обеспечения компетентности преподавательского состава;

– регулярного проведения самообследования по согласованным критериям для оценки деятельности (стратегии) и сопоставления с другими образовательными учреждениями;

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

5.6.2. Рабочая программа воспитания

Рабочая программа воспитания по программе ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия разрабатывается на период реализации ОПОП ВО и определяет комплекс ключевых характеристик системы воспитательной работы Центра Алмазова, в том числе принципы, цель, задачи, направления, формы, средства и методы воспитания, планируемые результаты.

Рабочая программа воспитания *представлена в Приложение 6.*

5.6.3. Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности

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

участие. Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности представлен в *Приложении 7.*

Раздел 6. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПОП

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

6.1. Общесистемные требования к реализации программы ординатуры

6.1.1. Центр Алмазова располагает на праве собственности (или ином законном основании) материально-техническим обеспечением образовательной деятельности (помещением и оборудованием) для реализации программы ординатуры по Блоку 1 «Дисциплины (модули)» и Блоку 3 «Государственная итоговая аттестация» в соответствии с учебным планом.
6.1.2. В Центре Алмазова создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающихся 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.

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

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

– фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;

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

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

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

Функционирование электронной информационно-образовательной среды Центра Алмазова обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды соответствует Федеральному закону от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3448; 2020, N 14, ст. 2035) и Федеральному закону от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2020, N 17, ст. 2701).

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

6.2. Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение

Для организации образовательного процесса по программе ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работы обучающихся, предусмотренных учебным планом, и соответствующей действующим санитарным и противопожарным правилам и нормам.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

(www.medlib.ru)
- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
- ЭБС «Букап» (https://www.books-up.ru/)
- ЭБС «Юрайт» (https://urait.ru/)
- Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (https://speclit.profy-lib.ru/)
- Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
- Научная электронная библиотеке http://elibrary.ru/
- Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
- (http://www.google.ru; http://www.rambler.ru; http://www.yandex.ru/)
- Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (http://www.multitran.ru/)
- Университетская информационная система РОССИЯ (https://uisrussia.msu.ru/)
- Публикации ВОЗ на русском языке (https://www.who.int/ru/publications/i)
- Международные руководства по медицине (https://www.guidelines.gov/)
- Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (http://www.femb.ru)
- Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
- US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
- Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
- Министерство здравоохранения Российской Федерации (https://minzdrav.gov.ru)
- КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
- Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Обучающимся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены беспрепятственным доступом в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения Центра Алмазова, а также пребыванием в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов и других приспособлений).

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

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

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

6.3. Требования к кадровым условиям реализации программы ординатуры

Реализация программы ординатуры обеспечена научно-педагогическими работниками Центра Алмазова, а также лицами, привлекаемыми к реализации программы ординатуры на иных условиях.

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

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

Не менее 10 процентов численности педагогических работников Центра Алмазова, участвующих в реализации программы ординатуры, и лиц, привлекаемых к реализации программы ординатуры на иных условиях (исходя из количества замещаемых ставок, приведенного к целочисленным значениям), являются руководителями и (или) работниками иных организаций, осуществляющими трудовую деятельность в профессиональной сфере, соответствующей профессиональной деятельности, к которой готовятся выпускники (имеют стаж работы в данной профессиональной сфере не менее 3 лет).

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

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

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

6.4. Требования к финансовым условиям реализации программы ординатуры.

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

6.5. Требования к применяемым механизмам оценки качества образовательной деятельности и подготовки, обучающихся по программе ординатуры.

Качество образовательной деятельности и подготовки обучающихся по программе ординатуры определяется в рамках системы внутренней оценки, а также системы внешней оценки, в которой Центр Алмазова принимает участие на добровольной основе.

В целях совершенствования программы ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия при проведении регулярной внутренней оценки качества образовательной деятельности и подготовке обучающихся по программе ординатуры привлекает работодателей и (или) их объединения, иных юридических и (или) физических лиц, включая научно-педагогических работников Центра Алмазова.

В рамках внутренней системы оценки качества образовательной деятельности по программе ординатуры обучающимся предоставляется возможность оценивать условия, содержание, организацию и качество образовательного процесса в целом и отдельных дисциплин (модулей) и практик.

Внешняя оценка качества образовательной деятельности и подготовки обучающихся по программе ординатуры может осуществляется в рамках профессионально-общественной аккредитации и в рамках процедуры государственной аккредитации с целью подтверждения соответствия образовательной деятельности по программе ординатуры требованиям ФГОС ВО и признания качества и уровня подготовки выпускников, отвечающими требованиям профессиональных стандартов (при наличии), требованиям рынка труда к специалистам соответствующего профиля.

Раздел 7. СПИСОК РАЗРАБОТЧИКОВ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хабаров Иван Юрьевич	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Зотова Анна Владимировна	к.псих.н	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии 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
11.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
12.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
13.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Приложение 1

Учебный план специальности ординатуры 31.08.22 Психотерапия

Индекс	Наименование	Формы контроля			з.е.	Итого акад.часов				Курс 1												Курс 2											
										ПА 1						ПА 2						ПА 3						ПА 4					
		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	з.е.	Лек	Пр	Сем	СР	Контроль	з.е.	Лек	Пр	Сем	СР	Контроль
Блок 1.Дисциплины (модули)					45	1620	842	724	54	16	44	200	32	300		15	48	192	48	225	27	14	26	208	44	199	27						
Обязательная часть					39	1404	734	616	54	16	44	200	32	300		13	42	168	48	183	27	10	16	152	32	133	27						
Б1.О.01	Психотерапия	1	23		25	900	592	254	54	8	14	156	24	94		9	28	140	48	81	27	8	14	144	24	79	27						
Б1.О.02	Педагогика	1			2	72	10	62		2	2		8	62																		
Б1.О.03	Современные IT-технологии в здравоохранении	2			2	72	18	54								2	6	12		54													
Б1.О.04	Медицина чрезвычайных ситуаций	3			2	72	18	54														2	2	8	8	54							
Б1.О.05	Общественное здоровье и здравоохранение	1			2	72	30	42		2	6	24		42																			
Б1.О.06	Патология	1			2	72	18	54		2	14	4		54																			
Б1.О.07	Социально значимые инфекции	1			2	72	24	48		2	8	16		48																			
Б1.О.08	Онкологическая настороженность	2			2	72	24	48								2	8	16		48													
Часть, формируемая участниками образовательных отношений					6	216	108	108								2	6	24		42		4	10	56	12	66							
Б1.В.01	**Обязательная часть.**	**3**			2	**72**	**30**	**42**														2	**6**	**24**		**42**							
Б1.В.01.01	Неврология	3			2	72	30	42														2	6	24		42							
Б1.В.ДЭ.01	**Элективные дисциплины. Профессиональный модуль**	**3**			2	**72**	**48**	**24**														2	**4**	**32**	**12**	**24**							
Б1.В.ДЭ.01.01	Основы клинической психологии и психодиагностики	3			2	72	48	24														2	4	32	12	24							
Б1.В.ДЭ.01.03	Сексология																					2	4	32	12	24							
Б1.В.ДЭ.02	**Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль**	**2**			2	**72**	**30**	**42**								2	**6**	**24**		**42**													
Б1.В.ДЭ.02.01	Основы психосоматики	2			2	72	30	42								2	6	24		42													
Б1.В.ДЭ.02.02	Практикум коммуникативной компетентности врача	2			2	72	30	42								2	6	24		42													
Блок 2.Практика					72	2592	954	1530	108	14		192		285	27	15		186		327	27	16		198		351	27	27		378		567	27
Обязательная часть					69	2484	900	1476	108	14		192		285	27	14		168		309	27	15		180		333	27	26		360		549	27
Б2.О.01(П)	Клиническая практика		1234		66	2376	792	1476	108	13		156		285	27	14		168		309	27	15		180		333	27	24		288		549	27
Б2.О.02	**Обучающий симуляционный курс**	**144**			3	**108**	**108**			1		**36**																2		**72**			
Б2.О.02.01(П)	Неотложная помощь (общеврачебные навыки)	14			2	72	72			1		36																1		36			
Б2.О.02.02(П)	Специальные профессиональные умения и навыки	4			1	36	36																					1		36			
Часть, формируемая участниками образовательных отношений					3	108	54	54								1		18		18		1		18		18		1		18		18	
Б2.В.01(П)	Научно-исследовательская работа	23		4	3	108	54	54								1		18		18		1		18		18		1		18		18	
Блок 3.Государственная итоговая аттестация					3	108		108																				3				108	
Обязательная часть					3	108		108																				3				108	
Б3.О.01(Г)	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена				3	108		108																				3				108	
ФТД.Факультативные дисциплины					3	108	66	42		2	2	46		24								1	6	12		18							
Часть, формируемая участниками образовательных отношений					3	108	66	42		2	2	46		24								1	6	12		18							
ФТД.В.01	Русский язык и культура речи	1			2	72	48	24		2	2	46		24																			
ФТД.В.02	Основы военной подготовки	3			1	36	18	18														1	6	12		18							

Приложение 2

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	Э	К	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					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	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					*									
Пт										П								*	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
«05» марта 2024 г.

АННОТАЦИИ
рабочих программ дисциплин

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.22 Психотерапия
Направленность - **Психотерапия**

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации «16» октября 2023 г. № 982

Санкт-Петербург
2024

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ПСИХОТЕРАПИЯ»

Целью освоения учебной дисциплины «Психотерапия» 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 «Психотерапия».

Задачи изучения дисциплины:
1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-психотерапевта, способного успешно решать профессиональные задачи.
2. Закрепить и расширить знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлениях, в том числе редко встречающейся аддиктивной патологии, изучить особенности течения аддиктивной патологии на современном этапе.
3. Формировать, развивать и совершенствовать клиническое мышление для проведения дифференциально-диагностического поиска и принятия решений как в стандартных, так нестандартных ситуациях повышенной сложности.
4. Сформировать необходимые знания и умения по оказанию в полном объеме медицинской помощи по сохранению жизни и здоровья взрослому и детскому населению, включающей диагностическую, лечебную, профилактическую и реабилитационную деятельность.
5. Сформировать необходимые знания и умения по проведению диагностики аддиктивной патологии, включая редкую, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
6. Сформировать практические навыки, необходимые для врача-психотерапевта.
7. Научить обоснованному назначению всех видов лечения в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.
8. Научить прогнозированию развития осложнений и неотложных состояний при наркологической патологии в разные возрастные периоды.
9. Сформировать предпосылки и мотивации для освоения новейших технологий и методик в сфере психотерапии.
10. Обучить ведению медицинской документации и правовым аспектам дисциплины.
11. Сформировать устойчивый навык осуществления медицинской деятельности с учетом принятых в обществе моральных и этических норм и соблюдением принципов деонтологии.

Общая трудоемкость составляет 25 ЗЕТ (**900** час.)
Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Психотерапия» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах
ПК-4. 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. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

Разделы изучаемой дисциплины:
Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии
Раздел 2. Общая психопатология
Раздел 3. Частная психиатрия
Раздел 4. Общая наркологи.
Раздел 5. Частная психотерапия

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.
Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.
Изучение дисциплины заканчивается: зачётом с оценкой.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ПЕДАГОГИКА»

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

Задачами освоения дисциплины являются:
1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах педагогики, ее категорий, закономерностей, принципов организации процесса

образования, обучения, воспитания и развития личности.
2. Изучение основ психологической науки, основных категорий, методов, закономерностей психической деятельности.
3. Формирование умений в освоении новейших педагогических технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Формирование компетенций врача в психолого-педагогических вопросах для использования полученных знаний в профессиональной деятельности при контакте с пациентами и членами их семей.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часов).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:
Дисциплина «Педагогика» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенции:
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.
Раздел 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.
Раздел 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.
Раздел 4. Психология как наука.
Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики
Раздел 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.
Раздел 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.

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

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

Целью изучения дисциплины является формирование у ординаторов знания и умения по обработке информации: поиску, получению, очистке, изменению и передаче информации с помощью компьютерных технологий и овладение умениями использовать полученные знания на практике**.**

Задачами освоения дисциплины являются:

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.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Современные IT-технологии в здравоохранении» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

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

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

Разделы изучаемой дисциплины:

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

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

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«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 31.08.22 Психотерапия.

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

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

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

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

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

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

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.
Раздел 3. Биостатистика.
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, самостоятельная работа.
Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ПАТОЛОГИЯ»

Целью изучения дисциплины «Патология» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного определить структурно-функциональные закономерности развития и течения типовых патологических процессов и отдельных заболеваний, что необходимых в профессиональной деятельности врача.

Задачи 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 31.08.22 Психотерапия.

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

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

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ПК-2. Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел № 1 Патологическая анатомия

Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.

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

Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.

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
«СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Целью изучения дисциплины является формирование у ординаторов углубленных профессиональных знаний в области инфекционных болезней, изучение теоретических и методологических основ специальности, широкой фундаментальной подготовки в современных направлениях медицины.

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

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:
Дисциплина «Социально значимые инфекции» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия
Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им.
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (с инфекционным заболеванием)
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности.

Разделы изучаемой дисциплины:
Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций

Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы
Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов
Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы
Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией
Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями
Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения

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

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»

Целью изучения дисциплины: формирование компетенций, необходимых для самостоятельной деятельности врачей различных специальностей в условиях первичной медико-санитарной; неотложной, скорой медицинской помощи; а также к выполнению специализированных высокотехнологичных диагностических исследований.

Задачами освоения дисциплины являются:
1. Формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующий профессиональные компетенции врача, способного решать свои профессиональные задачи.
2. Формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующимся в сложной патологии, требующей углубленных знаний в смежных дисциплинах.
3. Подготовка специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента.
4. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-онкологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.
5. Научить обучающихся навыкам клинического обследования и описания кожного статуса пациента с предраковыми новообразованиями кожи.
6. Дать обучающимся современные знания об эпидемиологии, социальной значимости, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике меланоцитарных невусов кожи, плоскоклеточного рака кожи, базалиомы, меланомы.
7. Научить обучающихся формулировать предварительный клинический диагноз, выбирать тактику ведения пациента, определять показания к экстренной госпитализации, назначать обследование при наиболее часто встречающихся онкологических заболеваниях кожи.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Онкологическая настороженность» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) компетенций:
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

Разделы изучаемой дисциплины:
Тема 1. Онкологические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства
Тема 2. Онкологические заболевания кроветворной системы. Рак легких.
Тема 3. Онкологическая настороженность в дерматологии
Тема 4. Лучевая диагностика в онкологии
Тема 5. Онкологические заболевания мочеполовой системы
Тема 6. Онкогинекология
Тема 7. Онкологические заболевания головы и шеи

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

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«НЕВРОЛОГИЯ»

Цель изучения дисциплины: подготовка квалифицированного специалиста способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности, обладающего системой теоретических фундаментальных знаний и практических профессиональных компетенций, владеющего знаниями и умениями в области неврологии, в объеме необходимом врачу психотерапевту, многосторонне эрудированного, обладающего широким врачебным кругозором, конкурентоспособного, неукоснительно соблюдающего каноны врачебной этики и деонтологии.

Задачи изучения дисциплины:
1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-специалиста, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать профессиональные знания и умения по анатомо-физиологическим вопросам строения нервной системы, топической диагностике и клинической неврологии необходимые для самостоятельной лечебно-диагностической деятельности в объеме необходимом врачу психотерапевту.
3. Сформировать знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлениях неврологических синдромов и заболеваний у пациентов с психическими расстройствами, пограничными состояниями, неврологическими заболеваниями, требующими междисциплинарного подхода.
4. Сформировать практические навыки неврологического осмотра в объеме необходимом врачу-психотерапевту.
5. Научить обоснованному выбору тактики лечения неврологических синдромов и заболеваний пациентов с междисциплинарной патологией в соответствии с

современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:
Дисциплина «Неврология» является обязательной и относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» учебного плана для специальности 31.08.22 Психотерапия.
Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных (ОПК) компетенций:
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Разделы изучаемой дисциплины:
Раздел 1. Топическая диагностика в неврологии
Раздел 2. Избранные вопросы частной неврологии

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

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОДИАГНОСТИКИ»

Цель изучения дисциплины: формирование у обучающихся теоретических знаний об основах клинической психологии, возможностях и методах в области пато- и нейропсихологической диагностики.
Задачи изучения дисциплины:
1. Формирование системных теоретических, научных и прикладных знаний об объекте, предмете, целях, задачах, основных разделах клинической психологии и ее соотношении со смежными областями психологии и медицины.
2. Приобретение навыков работ клинического психолога в научно-исследовательской и клинико-практической сферах деятельности, самостоятельного анализа научной литературы, посвященной теоретическим и практическим вопросам клинической психологии.
3. Приобретение навыков построения нейропсихологического и патопсихологического обследования, составления заключения по результатам проведенной диагностики.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:
Дисциплина «Основы клинической психологии и психодиагностики» является обязательной и относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» (Элективные дисциплины. Профессиональный модуль) учебного плана по специальности по специальности 31.08.22 Психотерапия.
Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения

ПК-4. 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. Современные технологии лучевой диагностики в психиатрии
Раздел 2. Лучевая диагностика черепно-мозговой травмы
Раздел 3. Лучевая диагностика сосудистых заболеваний головного мозга
Раздел 4. Лучевая диагностика опухолей головного мозга
Раздел 5. Лучевая диагностика некоторых психических расстройств
Раздел 6. Лучевая диагностика демиелинизирующих и воспалительных заболеваний центральной нервной системы
Раздел 7. Лучевая диагностика нейродегенеративных заболеваний

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

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«СЕКСОЛОГИЯ»

Цель изучения дисциплины: подготовка квалифицированного специалиста, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в качестве врача-психотерапевта амбулаторного и стационарного звена практического здравоохранения или руководителя структурного подразделения по психотерапии, обладающего системой теоретических фундаментальных знаний и практических профессиональных компетенций, владеющего знаниями и умениями по оказанию диагностической, лечебной, профилактической и реабилитационной помощи взрослому и детскому населению, многосторонне эрудированного, обладающего широким врачебным кругозором, конкурентоспособного, неукоснительно соблюдающего каноны врачебной этики и деонтологии.

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-психотерапевта, способного успешно решать профессиональные задачи.
2. Закрепить и расширить знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлений психических расстройств, изучить особенности течения заболеваний на современном этапе.
3. Формировать, развивать и совершенствовать клиническое мышление, для проведения дифференциально-диагностического поиска и принятия решений как в стандартных, так нестандартных ситуациях повышенной сложности.
4. Сформировать необходимые знания и умения по оказанию психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами.
5. Сформировать практические навыки по оказанию психотерапевтической помощи, необходимые для врача-психотерапевта.
6. Научить обоснованному назначению психотерапевтического лечения в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.
7. Сформировать предпосылки и мотивации для освоения новейших технологий и методик в сфере психотерапии.
8. Обучить методике формирования у пациентов позитивного и приверженного к лечению поведения, направленного на повышение уровня собственного здоровья.

9. Сформировать устойчивый навык осуществления медицинской деятельности с учетом принятых в обществе моральных и этических норм и соблюдением принципов деонтологии.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Сексология» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» (Элективные дисциплины. Профессиональный модуль) учебного плана по специальности по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных компетенций (УК), профессиональных и (ПК) компетенций:
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи
ПК-4 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 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

Темы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.
Раздел 2. Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.
Раздел 3. Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.
Раздел 4. Сексуальные расстройства при соматической патологии. Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.

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

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ОСНОВЫ 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. модуля (Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль) учебного плана по специальности по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

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

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

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1 Общие представления о психосоматических расстройствах.

Тема 2. Психосоматические теории и модели.

Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.

Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.

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

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ПРАКТИКУМ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА»

Цель изучения дисциплины: формирование у обучающихся теоретических знаний о профессиональной коммуникации врача и навыков профессионального общения в профессиональной коммуникации с пациентами, членами их семей и коллегами.

Задачи изучения дисциплины:

1. освоение обучающимися знаний о теоретических основах психологии общения, 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;
5. развитие у обучающихся коммуникативных компетенций, сформировать умения конструктивного взаимодействия, эффективного участия в групповой дискуссии, социально-психологического анализа ситуаций;
6. формирование базовых навыков партнерского общения, таких как: проведения партнерской беседы, установления контакта, активного (эмпатического) слушания, аргументации и контраргументации, регуляции эмоционального напряжения в общении.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Практикум коммуникативной компетентности врача» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. модуля (Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль) учебного плана по специальности по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

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

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

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1. 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 формирование коммуникативной компетентности у обучающихся иностранных граждан на основе взаимосвязанного обучения аспектам языка и видам речевой деятельности для достижения уровня владения русским языком, обеспечивающего успешное освоение образовательной программы подготовки врача-специалиста.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Формирование знаний о русском языке у иностранного гражданина в соответствии с фонетическим, морфологическим, синтаксическим минимумами первого сертификационного уровней.
2. Формирование и развитие навыков владения специальной лексикой, обязательным для активного профессионального общения, а также принципов культуры речи.
3. Формирование и развитие навыков владения ситуативно-тематическим минимумом (интенции, ситуации, разговорные темы) с учетом сферы повседневного общения и социально-культурной сферы, соответствующим общему владению русским как иностранным.
4. Формирование и развитие коммуникативных умений и навыков в соответствии с требованиями к общему владению основными видами речевой деятельности.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (**72** часа).
Место дисциплины в структуре образовательной программы:

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

учебного плана.

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

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

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

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»

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 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 одежд.
8. Изучение и принятие правил воинской вежливости.
9. Овладение знаниями уставных норм и правил поведения военнослужащих.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Основы военной подготовки» относится к факультативной части учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-3.4. Создаёт и поддерживает в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов
ПК-3.4. Формирует нетерпимое отношение к проявлению экстремизма, терроризма, коррупционному поведению и противостоять им в профессиональной деятельности

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.

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
«05» марта 2024 г.

АННОТАЦИИ
рабочих программ практик

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.22 Психотерапия**

Направленность - **Психотерапия**

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации «16» октября 2023 г. № 982

Санкт-Петербург
2024

АННОТАЦИЯ
рабочей программы практики
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

Цель освоения практики: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-психотерапевта во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-психотерапевта, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами.

Задачи освоения практики:

1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы психических и поведенческих расстройств.
2. Знать патогенез психических и поведенческих расстройств, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики психических и поведенческих расстройств.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы психических и поведенческих расстройств.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента с психическим и поведенческим расстройством.
6. Овладеть современными методиками, используемыми в психотерапии в рамках ведения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.
7. Проводить дифференциальную диагностику психических и поведенческих расстройств.
8. Оформлять медицинскую документацию.

Общая трудоемкость составляет 66 ЗЕТ (**2376** час.)

Место практики в структуре образовательной программы:

Вид практики «Клиническая практика» относится к обязательной части Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Изучение данной учебной практики направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-4. 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. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

Содержание практики:
Стационар. Психиатрический дневной стационар
- Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях
- Прием, маршрутизация и выписка пациентов
- Ведение медицинской документации
- Описание психиатрического статуса
- Участие в назначении и выполнении диагностических процедур
- Участие в назначении лечения
- Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы
- Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе
- Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости
- Участие в проведение психосоциальной реабилитации
- Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания
- Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях
- плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения
- Участие в проведение психосоциальной реабилитации

Амбулаторное отделение. Психотерапевтический кабинет
Психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации
- Знакомство с оказанием специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами
- Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития;
- Ведение медицинской документации

- Участие в оказании психотерапевтической помощи
- Участие в разработке плана диагностики и лечения
- Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости
- Участие в проведение психосоциальной реабилитации
- Участие в осуществление мероприятий по профилактике психических расстройств
- Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами
- Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях

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: задания на демонстрацию умений и навыков, ситуационные задачи.

Освоение программы заканчивается **зачётом с оценкой.**

АННОТАЦИЯ
рабочей программы практики
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

Цель изучения практики «Обучающий симуляционный курс»: подготовка высококвалифицированного врача-психотерапевта, 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;

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

Место практики в структуре образовательной программы:

Практика «Обучающий симуляционный курс» относится к обязательной части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

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

ПК-4. 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. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

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
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»

Цель изучения практики: обучение способам реализации научно-исследовательского проекта в профессиональной области ординатора, с помощью получения знаний о системной, критической оценке информации в области медицины, планирования задач и методик исследования, использования современных технологий обработки данных, информации и представления исследования.

Задачи освоения практики:

1. Сформировать навык планирования, организации и проведения научного исследования по актуальной проблеме в психотерапии.
2. Сформировать умение выбирать, обосновывать и осваивать методы, соответствующие поставленной цели; обрабатывать и критически оценивать результаты исследований.
3. Научить подготовке и оформлению научных публикаций, отчетов, докладов.
4. Обучить сбору и анализу научной информации по проблеме с использованием современных методов автоматизированного сбора и обработки информации.

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

Место практики в структуре образовательной программы:

Вид практики «Научно-исследовательская работа» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

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

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

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

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

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

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

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

Разделы практики:

1. Планирование научной работы. Обоснование актуальности темы научного исследования. Формулирование цели и задач исследования. Утверждение темы и научного руководителя НИР на заседание кафедры.
2. Организация и выполнение научного исследования. Взаимодействие с другими специалистами по отбору пациентов для проведения НИР (формирование групп пациентов).
3. Выполнение научного исследования. Предварительный анализ полученных данных.
4. Проведение сравнительного анализа с результатами других методов исследования согласно цели и задачам НИР.
5. Статистическая обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий.
6. Выполнение научного исследования. Отчёт по текущим результатам НИР. Написание тезисов, статей по теме НИР, публикация в профильных журналах.
7. Подготовка и выступления с докладами на различных конференциях, форумах Систематизация и обобщенный анализ, полученной в ходе НИР информации.
8. Формулирование заключения и выводов по результатам НИР. Подготовка текста курсовой работы.

Виды контроля:

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

Промежуточный контроль - курсовая работа.

Освоение программы заканчивается: курсовой работой.

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

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ПСИХОТЕРАПИЯ**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31. 08. 22 Психотерапия**
	(код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия**
	(название направленности)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра психиатрии и психотерапии с клиникой**
	(наименование кафедры)

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

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Психотерапия» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16. 10. 2023 N 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31. 08. 22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31. 08. 22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д. м. н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хабаров Иван Юрьевич	к. м. н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
3.	Синенченко Андрей Георгиевич	к. м. н. доцент	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
4.	Зотова Анна Владимировна	к. пс. н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Психотерапия» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

Рабочая программа дисциплины «Психотерапия» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2/2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

В дисциплине «Психотерапия» включены основные образовательные технологии. Рабочая программа по данной дисциплине «Психотерапия», по специальности – 31. 08. 22 Психотерапия направлена на усвоение знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств ординаторов, заданных целям обучения.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами (фундаментальными — «Анатомия», «Гистология», «Физиология», «Патологическая анатомия», «Патологическая физиология», «Микробиология», «Фармакология», клиническими — «Психиатрия», «Неврология», «Терапия», «Педиатрия») по одной из специальностей: Лечебное дело, Педиатрия. Ординатура-форма последипломной подготовки выпускника высшего профессионального медицинского образовательного учреждения. Обучение в ординатуре направлено на углубление профессиональных знаний, умений, владений практическими навыками оказания высокотехнологической помощи лицам с наркологической патологией, использование клинических протоколов и формирование клинического мышления, готовность к самостоятельной врачебной деятельности. Профессиональная подготовка предусматривает базовую и практическую подготовку.

Основным методом подготовки ординаторов является лечебно-диагностическая работа под постоянным контролем и при участии преподавателя.

Подготовка ординаторов обеспечивается преподавателями кафедр (психиатрии и психотерапии с клиникой, неврологии, патологической физиологии, патологической анатомии, организации, управления и экономики здравоохранения 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

Целью изучения дисциплины «Психотерапия» 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 «Психотерапия».

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-психотерапевта, способного успешно решать профессиональные задачи.
2. Закрепить и расширить знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлениях пограничных психических расстройств, изучить особенности течения невротических расстройств и расстройств, связанных со стрессом, личностных расстройств на современном этапе.
3. Сформировать необходимые знания и умения по проведению диагностики пограничных психических расстройств в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
4. Формировать, развивать и совершенствовать клиническое мышление для проведения дифференциально-диагностического поиска и принятия решений как в стандартных, так нестандартных ситуациях повышенной сложности.

5. Понимать дефиниции понятия «психотерапия», возникновение и развитие психотерапии, подходы психотерапии в отечественной психологии и медицине; понятие проблемы и контракта в психотерапии.
6. Овладеть основными понятиями психотерапии и оказания психолого-психотерапевтической помощи, связи между ними: консультирование, психокоррекция, психотерапия, восстановительное обучение. Место и роль психотерапевта в решении практических задач психогигиены, психопрофилактики, лечения и реабилитации.
7. Выделять критерии успешной психотерапии и понятия «безопасности», «безоценочности», «принятия», «конгруэнтности».
8. Идентифицировать мотивы и причины обращения за психотерапевтической помощью, стратегии поведения, обратившегося за помощью и специалистов на первых встречах.
9. Отличать психологическое содержание основных психотравмирующих ситуаций и невротических синдромов; психической травмы, внутриличностного конфликта, самооценки и самосознания.
10. Знать групповые и индивидуальные формы психотерапии, специфику индивидуальной формы работы в психотерапии и понятие конфиденциальности, уровни конфиденциальности; специфику групповых форм работы, анализ понятия «Групповая динамика», характеристики личности ведущего группы, общие формы групповой психотерапии. Виды тренинговых групп, групп встреч, групп умений. Телесно-ориентированных групп. Дискуссия как метод групповой работы.
11. Сформировать необходимые знания и умения по оказанию в полном объеме медицинской помощи по сохранению жизни и здоровья взрослому и детскому населению, включающей диагностическую, лечебную, профилактическую и реабилитационную деятельность.
12. Научить обоснованному назначению всех видов лечения в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.
13. Научить прогнозированию развития осложнений и неотложных состояний в разные возрастные периоды.
14. Сформировать предпосылки и мотивации для освоения новейших технологий и методик в сфере психотерапии и в смежных дисциплинах: психиатрии, психиатрии-наркологии, сексологии.
15. Обучить ведению медицинской документации и правовым аспектам дисциплины.
16. Сформировать устойчивый навык осуществления медицинской деятельности с учетом принятых в обществе моральных и этических норм и соблюдением принципов деонтологии, «аутентичности», «эмпатии», «идентичности психотерапевта».

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Психотерапия» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31. 08. 22 Психотерапия.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

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

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Код и наименование **универсальной компетенции**	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории (группы) компетенции - Системное и критическое мышление			
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**УК-1. 1.** Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.	**Знает:** – методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; – пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; – роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения. **Умеет:** – выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; – использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; – излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1. 2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	**Знает:** – современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; – возможности пациент-ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине; **Умеет:** – анализировать в профессиональном контексте полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1. 3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	**Знает:** -методы формальной логики; **Умеет:** -самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации:

		-прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; -собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию.	КВ, ТЗ, СЗ
Наименование категории (группы) компетенции - Коммуникация			
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	**УК-4. 1.** Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	**Знает:** -основы социальной психологии современные средства информационно-коммуникационных технологий; **Умеет:** -выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-4. 2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	**Знает:** -важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях; **Умеет:** -поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива.	ля текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-4. 3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	**Знает:** -приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов; **Умеет:** -применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	ля текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

***** *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, (Д) -доклады*

Общепрофессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Медицинская деятельность			
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и	ОПК-4. 1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента.	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях – особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации:

обследование пациентов		**Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях.	КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-4. 2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** – анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга; – основные физикальные методы обследования нервной системы; – основные психотерапевтические методы; – основы топической диагностики психических заболеваний; – современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики; – возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате; – диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях; **Умеет:** – исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять неврологические синдромы; – ставить диагноз; – обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-4. 3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	**Знает:** – клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм; – клиническую классификацию психических расстройств опросить больного и получить наиболее достоверные сведения психическом заболевании; – порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях – Показания к госпитализации в психотерапевтическое отделение **Умеет:**	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

		– использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ – производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики – определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях	
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5. 1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) не медикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических заболеваниях и (или) состояниях психики; – Современные методы лечения основных основных психических заболеваний; **Умеет:** – разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях при психических заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-5. 2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	**Знает:** – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психотерапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; – методы немедикаментозного лечения, применяемые в психотерапии, показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; **Умеет:** – назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-5. 3. Рекомендует профилактические мероприятия	**Знает:** – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий,	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ,

	или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов при психических заболеваниях. **Умеет:** – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях; – Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания.	Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов	ОПК-6. 1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов.	**Знает:** – медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях; – механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики; **Умеет:** – Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – Определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-6. 2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации	**Знает:** – методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях; **Умеет:** – проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	инвалидов.	рекомендациями (протоколами лечения).	
	ОПК-6. 3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях; **Умеет:** – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях; – выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения; реабилитационных программ.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК7. 1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы	**Знает:** – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов. **Умеет:** – Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, на прохождение медико-социальной экспертизы. – Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-7. 2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы	**Знает:** – требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях; **Умеет:** – выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психического заболеваний и (или) состояний нервной системы.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	ОПК-7. 3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	**Знает:** – Порядок выдачи листков нетрудоспособности. **Умеет:** – Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическим заболеваниями и (или) состояниями нервной системы.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8. 1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	**Знает:** – Основы здорового образа жизни, методы его формирования – Формы и методы санитарно-просветительной работы среди психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний. **Умеет:** – Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-8. 2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** – факторы риска развития основных психических. **Умеет:** – проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-8. 3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** – первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний. **Умеет:** – проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9. 2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными	**Знает:** – правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психиатрия. **Умеет:** – составлять план работы и отчет о своей работе; – заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения; – использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет".	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ОПК-10. 1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	**Знает:** – методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов психиатрического профиля, или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи; **Умеет:** – провести психиатрический осмотр пациента.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-10. 2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания)	**Зна**ет: -признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме; **Умеет:** -оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-10. 3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	**Знает:** – алгоритм оказания неотложной помощи при психиатрических заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента; – перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психиатрических представляющих угрозу жизни пациента. **Умеет:**	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

		– Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме при психиатрических – Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.	

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

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности -Медицинская деятельность			
ПК-4. 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-4. 1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – особенностей формирования психического расстройства; – порядок проведения дифференциальной диагностики; – формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней. – критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; – современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; – правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного; **Умеет:** – опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом заболевании; – обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; – оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; – установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; – обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований; – провести дифференциальную диагностику психического заболевания;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

		– поставить и обосновать окончательный диагноз.	
	ПК-4. 2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; – обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования **Умеет:** – выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; – выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств; – выявления особенностей формирования психического расстройства; – проведения дифференциальной диагностики; – -формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ПК-4. 3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	**Знает:** – критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней. **Умеет:** – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; – установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПК-5. 1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; – обосновать показания к назначению больному психотропных средств; – разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения; **Умеет:** – общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; современные методы лечения при психических расстройствах;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	ПК-5. 2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	**Знает:** – клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; **Умеет:** – провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию; – оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ПК-5. 3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	**Знает:** – организовать с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста; **Умеет:** – провести с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

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

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

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

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах			
	ВСЕГО	**Курс 1**		**Курс 2**
		ПА № 1	**ПА № 2**	**ПА№ 3**
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	592	194	216	182
Из них:				
Занятия лекционного типа	56	14	28	14
Занятия семинарского типа	536	180	188	168
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	254	94	81	79
Промежуточная аттестация – **зачет/зачет с оценкой/экзамен**	54	-	27	27
Общая трудоемкость дисциплины **часы**	900	288	324	288
зач. ед.	25	8	9	8
Из них на практическую подготовку (**в % либо в час.)***	556	191	191	1174

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	Практические занятия			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №1					
Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии	6	58	30	94	61
Раздел 2. Общая психопатология	8	122	64	194	130
ВСЕГО за ПА 1	**14**	**180**	**94**	**288**	191
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2					
Раздел 3. Частная психиатрия	28	188	81	297	191
Контроль (зачет с оценкой)				27	
ВСЕГО за ПА 2	**28**	**188**	**81**	**324**	191
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3					
Раздел 4. Общая психотерапия.	8	96	40	144	97
Раздел 5. Частная психотерапия	6	72	39	117	77
Контроль (зачет с оценкой)				27	
ВСЕГО за ПА 3	**14**	**168**	**79**	**288**	174
ИТОГО	**56**	**536**	**254**	**900**	556

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
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1					
Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии.					
1.	Тема 1. 1. Организация психотерапевтической помощи.	2	Краткое содержание темы: 1. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психотерапевта. 2. Организация оказания психотерапевтической помощи в Российской Федерации.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Мультимедийная презентация
2.	Тема 1. 2. Методы диагностики психических расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Основной метод исследования – клинико-психопатологический. 2. Использование клинических диагностических шкал в диагностике психических расстройств. 3. Дополнительные методы исследования (инструментальные, лабораторные, психофизиологические).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
3.	Тема 1. 3. Принципы терапии психических расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Основы психофармакотерапии. 2. Клиническая фармакология нейролептиков, антидепрессантов и других групп психотропных препаратов. 3. Принципы оказания неотложной помощи при основных психических расстройствах. 4. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	Мультимедийная презентация
Раздел 2. Общая психопатология.					
4.	Тема 2. 1. Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств восприятия. 2. Психопатология расстройств внимания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
5.	Тема 2. 2. Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств памяти. 2. Психопатология расстройств мышления	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
6.	Тема 2. 3. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательно-волевой сферы.	1	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств эмоций. 2. Психопатология расстройств двигательно-волевой сферы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
7.	Тема 2. 4. Классификация	1	Краткое содержание темы:	УК-1, ОПК-4, ОПК-5,	Мультимедийная

	психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.		1. Понятие о психопатологическом синдроме. 2. Современные классификации симптомов и синдромов, принятые в РФ и за рубежом. 3. Основные и дополнительные расстройства при астеническом синдроме. 4. Амнестические расстройства: прогрессирующая амнезия, парамнезии, Корсаковский синдром. 5. Врожденное и приобретенное слабоумие. 6. Депрессивный и маниакальный синдромы (простые, смешанные, сложные варианты синдромов). 7. Обсессивно-компульсивный синдром, ипохондрический синдром, истерический синдром (клинические варианты).	ПК-4, ПК-5	презентация
8.	Тема 2. 5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.	1	Краткое содержание темы: 1. Галлюцинозы. 2. Паранойяльный, острый чувственный, резидуальный бред. 3. Сенестопатический синдром. 4. Галлюцинаторно-параноидный синдром, парафренный синдром. 5. Кататонический ступор и возбуждение (клинические варианты). 6. Гебефреническая триада.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
7.	Тема 2. 6. Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.	1	Краткое содержание темы: 1. Синдромы выключения сознания, помрачения сознания, нарушение самосознания. Критерии К. Ясперса. 2. Классификация пароксизмальных расстройств, клинические варианты судорожного синдрома.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Всего за ПА № 1 -14 часов					
Курс 1__ Промежуточная аттестация № 2					
Раздел 3. Частная психиатрия.					
8.	Тема 3. 1. Нозологические классификации психических заболеваний.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса классификации психических заболеваний. 2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом. 3, Международная классификация болезней (10 и 11 пересмотры) классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Многоосевые систематики в психиатрии (DSM-V, RDOC, HITOP и др.).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
9.	Тема 3. 2. Органические и симптоматические психическое расстройства	2	Краткое содержание темы: 1. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. 2. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. 3. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

			Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. 4. Современные клинические классификации психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. 5. Изменения личности у больных атеросклерозом сосудов головного мозга. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга. Изменения личности при гипертонической болезни. Психотические состояния при гипертонической болезни. Неврологические и соматические нарушения при гипертонической болезни. Слабоумие при гипертонической болезни. Психические нарушения при гипотонических состояниях. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. 6. Симптоматические психические расстройства.		
10.	Тема 3. 3. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	4	Краткое содержание темы: 1. История вопроса. 2. Распространенность шизофрении. 3. Этиопатогенез шизофрении. 4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. 5. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. 6. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая. 7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. 8. Шизотипическое расстройство. 9. Шизоаффективное расстройство. 10. Острые и хронические бредовые расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
11.	Тема 3. 4. Аффективные расстройства.	4	Краткое содержание темы: 1. История вопроса. 2. Данные о распространенности и этиопатогенезе аффективных расстройств. 3. Клинические классификации аффективных расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. 5. Атипичные варианты депрессий. 6. Психопатологическая характеристика маний. 7. Биполярное аффективное расстройство, циклотимия. Формы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

			течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.		
12.	Тема 3. 5. Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.	6	Краткое содержание темы: 1. История вопроса, эпидемиология невротических расстройств. 2. Этиопатогенез невротических расстройств. 3. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах. 5. Фобические и тревожные расстройства. 6. Обсессивно-компульсивные расстройства. 7. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. 8. Диссоциативные (конверсионные). 9. Соматоформные расстройства. 10. Соматизированные расстройства. 11. Психосоматические расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
13.	Тема 3. 6. Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология расстройств личности. Этиопатогенез расстройств личности, современные клинические классификации. Специфические расстройства личности и их варианты. 2. Умственная отсталость. Этиопатогенез умственной отсталости, современные клинические классификации. Различные степени психического недоразвития при умственной отсталости.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
14.	Тема 3. 7. Общая наркология	4	Краткое содержание темы: 1. Основные направления современной наркологии. Основы законодательства в психиатрии и наркологии. 2. Основные наркологические синдромы и патогенез химической зависимости. 3. Донозологические формы употребления психоактивных веществ. 4. Основные методы лечения химической зависимости. 5. Профилактика аддиктивной патологии (алкоголизма, наркомании и других зависимостей).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
15.	Тема 3. 8. Частная наркология	4	Краткое содержание темы: 1. Синдром зависимости от алкоголя. 2. Основные наркомании. 3. Основные токсикомании.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Всего за ПА № 2 – 28 часов					
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3					
Раздел 4. Общая психотерапия.					
16.	Тема 4. 1. Теоретико-методологические вопросы психотерапии.	1	Краткое содержание темы: 1. Предмет и содержание психотерапии как общемедицинской дисциплины.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

	Интердисциплинарный характер психотерапии и её основы.		2. История развития отечественной и зарубежной психотерапии. 3. Философские основы психотерапии. 4. Физиологические основы психотерапии. 5. Клинические основы психотерапии. 6. Классификация основных направлений современной психотерапии. 7. Стратегии и модели психотерапии.		
17.	Тема 4. 2. Психологические и социально-психологические вопросы психотерапии.	1	Краткое содержание темы: 1. Понятие личности. Теории личности. 2. Социология личности. 3. Психологическое понятие болезни, нозопсихология. 4. Понятие внутренней картины болезни и ее структуры. 5. Понятие группы (классификация и основные психологические характеристики). 6. Роль личности врача в психотерапевтическом процессе и характер межличностного взаимодействия. 7. Место психотерапии в системе психопрофилактики.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8	Мультимедийная презентация
18.	Тема 4. 3. Динамическое направление и методы психотерапии.	2	Краткое содержание темы: 1. Концептуальные и теоретические характеристики психодинамического направления. 2. Школы психоанализа. 3. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП). 4. Современные психоаналитические концепции: Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга. Индивидуальная психология А. Адлера. Характерологический анализ В. Райха. Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
19.	Тема 4. 4. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.	1	Краткое содержание темы: 1. Теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии. 2. Классическая и оперантная теории научения в трудах И. П. Павлова и Б. Ф. Скиннера. 2. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии. 3. Когнитивная психотерапия Бека. 4. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса. 5. Нейролингвистическое программирование (НЛП). 6. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
20.	Тема 4. 5. Экзистенциально-гуманистическое	1	Краткое содержание темы: 1. Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Л. Бинсвангер, В. Франкл, Р. Мей, И. Ялом, Д. Бьюдженталь и их	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

	направление психотерапии.		подходы в экзистенциальной психотерапии. 2. Гештальт-терапия. Основные положения учения Ф. Перлса. Феноменологический подход в гештальт-терапии 3. Клиент-центрированная психотерапия. Логотерапия В. Франкла. 4. Психосинтез.		
21.	Тема 4. 6. Основные формы психотерапии	1	Краткое содержание темы: 1. Индивидуальная психотерапия 2. Семейная психотерапия. 3. Групповая психотерапия. 4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
22.	Тема 4. 7. Отдельные методы	1	Краткое содержание темы: 1. Суггестивная психотерапия. 2. Арттерапия. 3. Телесно-ориентированная психотерапия. 4. Трансактный анализ. 5. Психодрама. 6. Транмперсональная психотерапия. 7. Программно-аппаратные методы психотерапии.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Раздел 5. Частная психотерапия					
23.	Тема 5. 1. Психотерапия в клинике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.	1	Краткое содержание темы: 1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: этиология, патогенез, механизмы психической травмы, особенности патогенных конфликтов. 2. Механизм действия индивидуальной и групповой психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах. 3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах. 4. Интегративная психотерапия невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
24.	Тема 5. 2 Психотерапия в клинике соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.	1	Краткое содержание темы: 1. Концепции сомато-психического и психосоматического взаимодействия. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при соматоневрологических заболеваниях. 3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при психосоматических расстройствах.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

			4. Интегративная терапия соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.		
25.	Тема 5. 3. Психотерапия в клинике патологии развития.	1	Краткое содержание темы: 1. Основные мишени терапии при патологии развития. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при патологии развития. 3. Интегративная терапия патологии развития.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
26	Тема 5. 4. Психотерапия в клинике аффективных расстройств.	1	Краткое содержание темы: 1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии аффективных расстройств. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при аффективных расстройствах. 3. Интегративная терапия аффективных расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
27.	Тема 5. 5. Психотерапия в клинике расстройств шизофренического круга.	1	Краткое содержание темы: 1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии расстройств шизофренического круга. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при расстройствах шизофренического круга. 3. Интегративная терапия расстройств шизофренического круга.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
28.	Тема 5. 6. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.	1	Краткое содержание темы: 1. Психологические механизмы развития сексуальных расстройств. 2. Клиника сексуальных расстройств. 3. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств. 4. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при сексуальных расстройствах.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Всего за ПА № 3		**14**			
ИТОГО		**56**			

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. Организационно правовые основы психотерапии.							
Тема 1. 1.	Практическое занятие	Организация психотерапевтическо	4	80%	-Организация психотерапевтической службы в РФ. -Структура кафедры и Университетской клиники.	УК-1, УК-4,	КВ, ТЗ, СЗ

		й помощи.			-Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психотерапевта.	ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8	
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%	-Организация оказания психотерапевтической помощи в Российской Федерации.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Обзорный семинар по теме: Законодательная база, регламентирующая оказание психотерапевтической помощи. Организация психотерапевтической службы в РФ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 1. 2.	Практическое занятие	Методы диагностики психических расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: Основной метод исследования клинико-психопатологический: основные, дополнительные и уточняющие. Основной метод в психиатрии — клинико-психопатологический. Дополнительные методы — экспериментально-психологический неврологический, соматический. Уточняющие —. электрофизиологический и другие инструментальные методы, лабораторные и нейроморфологические.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: Использование клинических диагностических шкал в диагностике психических расстройств для выявления группы риска или оценки состояния в динамике . Дополнительные методы исследования (инструментальные, лабораторные, психофизиологические) Инструментальные исследования в психиатрии: • ЭКГ • ЭЭГ • КТ черепа • УЗДГ • МРТ • ОФЭКТ • ПЭТ. Электроэнцефалография (ЭЭГ)и др. .	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: изучение на практике основных, дополнительных и уточняющих методов исследования	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

Тема 1. 3.	Практическое занятие	Принципы терапии психических расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: Основы психофармакотерапии. Клиническая фармакология нейролептиков, антидепрессантов и других групп психотропных препаратов.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое		4	80%	Принципы оказания неотложной помощи при основных психических расстройствах. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		4	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 2. Общая психопатология.							
Тема 2. 1.	Практическое занятие	Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.	4	80%	Краткое содержание занятия: Психопатология расстройств восприятия.		
	Практическое занятие		6	80%	Психопатология расстройств внимания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Расстройства внимания: сужение объёма внимания, уменьшение глубины внимания, нарушения направленности внимания, парапрозексия, апрозексия, ослабление способности к распределению внимания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		4	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2. 2.	Практическое занятие	Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатология расстройств памяти. 2. Психопатология расстройств мышления	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Расстройства динамической стороны мышления. Нарушение логико-грамматической стороны мышления. Расстройство содержательной стороны мышления.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2. 3.	Практическое занятие	. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатология расстройств эмоций.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое		6	80%	2. Психопатология расстройств двигательно-волевой	УК-1, ОПК-4, ОПК-5,	КВ, ТЗ, СЗ

	занятие	двигательно-волевой			сферы.	ПК-4, ПК-5	
	Практическое занятие	сферы.	4	80%	Рассмотреть большие и малые синдромы, положительные и негативные симптомы в структуре синдрома.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Синдромы двигательно –волевых нарушений	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2. 4.	Практическое занятие	Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие о психопатологическом синдроме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	2. Современные классификации симптомов и синдромов, принятые в РФ и за рубежом. 3. Основные и дополнительные расстройства при астеническом синдроме. 4. Амнестические расстройства: прогрессирующая амнезия, парамнезии, Корсаковский синдром.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	5. Врожденное и приобретенное слабоумие. 6. Депрессивный и маниакальный синдромы (простые,	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	смешанные, сложные варианты синдромов). 7. Обсессивно-компульсивный синдром, ипохондрический синдром, истерический синдром (клинические варианты).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2. 5.	Практическое занятие	Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Галлюцинозы.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	2. Паранойяльный, острый чувственный, резидуальный бред. 3. Сенестопатический синдром.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 4. Галлюцинаторно-параноидный синдром,	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	парафренный синдром. 5. Кататонический ступор и возбуждение (клинические варианты). 6. Гебефреническая триада.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2. 6.	Практическое занятие	Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдромы выключения сознания, помрачения сознания, нарушение самосознания. Критерии К.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое		6	80%	Ясперса. .	УК-1, ОПК-4, ОПК-5,	КВ, ТЗ, СЗ

	занятие					ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 2. Классификация пароксизмальных расстройств, клинические варианты судорожного синдрома	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		4	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Всего за ПА № 1			**180**	144			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2							
Раздел 3. Частная психиатрия							
Тема 3. 1.	Практическое занятие	Нозологические классификации психических заболеваний.	4	80%	Краткое содержание темы: 1. История вопроса классификации психических заболеваний. 2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом. Краткое содержание занятия: 3. Международная классификация болезней (10 и 11 пересмотры) классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Многоосевые систематики в психиатрии (DSM-V, RDOC, HITOP и др.).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3. 2.	Практическое занятие	Органические и симптоматические психическое расстройства	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. 2. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. 3. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. 4. Современные клинические классификации психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга, принятые в РФ и за	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

					рубежом.		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 5. Изменения личности у больных атеросклерозом сосудов головного мозга. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга. Изменения личности при гипертонической болезни. Психотические состояния при гипертонической болезни. Неврологические и соматические нарушения при гипертонической болезни. Слабоумие при гипертонической болезни. Психические нарушения при гипотонических состояниях. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. 6. Симптоматические психические расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3. 3.	Практическое занятие	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса. 2. Распространенность шизофрении. 3. Этиопатогенез шизофрении. 4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. 5. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. .	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 6. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая. 7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. 8. Шизотипическое расстройство. 9. Шизоаффективное расстройство. 10. Острые и хронические бредовые расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3. 4.	Практическое занятие	Аффективные расстройства.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса. 2. Данные о распространенности и этиопатогенезе аффективных расстройств. 3. Клинические классификации аффективных	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

					расстройств, принятые в РФ и за рубежом. .		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 4. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. 5. Атипичные варианты депрессий. 6. Психопатологическая характеристика маний. 7. Биполярное аффективное расстройство, циклотимия. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3. 5.	Практическое занятие	Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса, эпидемиология невротических расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	2. Этиопатогенез невротических расстройств. 3. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах. 5. Фобические и тревожные расстройства. .	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	6. Обсессивно-компульсивные расстройства. 7. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	8. Диссоциативные (конверсионные). 9. Соматоформные расстройства. 10. Соматизированные расстройства. 11. Психосоматические расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3. 6.	Практическое занятие	Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Эпидемиология расстройств личности. Этиопатогенез расстройств личности, современные клинические классификации. Специфические расстройства личности и их варианты.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 2. Умственная отсталость. Этиопатогенез умственной отсталости, современные клинические классификации. Различные степени психического недоразвития при умственной отсталости	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

Тема 3. 7.	Практическое занятие	Общая наркология	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные направления современной наркологии. Основы законодательства в психиатрии и наркологии.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	2. Основные наркологические синдромы и патогенез химической зависимости. 3. Донозологические формы употребления психоактивных веществ.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 4. Основные методы лечения химической зависимости. 5. Профилактика аддиктивной патологии (алкоголизма, наркомании и других зависимостей).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%		УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3. 8.	Практическое занятие	Частная наркология	4	80%	Краткое содержание занятия: Синдром зависимости от алкоголя. Эпидемиология, этиопатогенез алкоголизма.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	Стадии алкогольной зависимости, клинические проявления. Клинические особенности алкогольного абстинентного синдрома.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 2. Основные наркомании. 3. Основные токсикомании.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Синдром зависимости от никотина. Синдром зависимости от седативных средств. Синдром зависимости от летучих растворителей. Политоксикомании. Принципы лечения и реабилитации больных с основными формами токсикоманий.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		6	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Всего за ПА № 2			**188**	150			
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3							
Раздел 4. Общая психотерапия.							
Тема 4.	Практическое	Тема 4. 1. Теоретико-	4	80%	Краткое содержание занятия:	УК-1, УК-4,	КВ, ТЗ, СЗ

1.	занятие	методологические вопросы психотерапии. Интердисциплинарный характер психотерапии и её основы			Психотерапия как дисциплина, проходящая через всю историю медицины. Междисциплинарные требования к психотерапии. Распространение психогенных нарушений среди населения. Потребность в психотерапии. Этические основы психотерапии и психологического консультирования. Конфиденциальность. Соблюдение профессиональных границ Конфиденциальность. Основные функции терапевта по отношению к клиенту. Соблюдение профессиональных рамок или границ. Профессиональные установки. Злоупотребления в психотерапии. Этический кодекс психотерапевта. Личностные качества и установки	ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: Психодинамическое направление в психотерапии, его определение, концептуальные и теоретические характеристики. Современные психоаналитические концепции Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга. Индивидуальная психология А. Адлера. Характерологический анализ В. Райха. Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. 2.	Практическое занятие	Психологические и социально-психологические вопросы психотерапии.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие личности. Теории личности. 2. Социология личности. 3. Психологическое понятие болезни, нозопсихология. .	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ

	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 4. Понятие внутренней картины болезни и ее структуры. 5. Понятие группы (классификация и основные психологические характеристики).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 6. Роль личности врача в психотерапевтическом процессе и характер межличностного взаимодействия. 7. Место психотерапии в системе сихопрофилактики.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. 3.	Практическое занятие занятие	Динамическое направление и методы психотерапии.	6	80%	Краткое содержание темы: 1. Концептуальные и теоретические характеристики психодинамического направления. 2. Школы психоанализа. 3. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие занятие		6	80%	4. Современные психоаналитические концепции: Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга. Индивидуальная психология А. Адлера. Характерологический анализ В. Райха. Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. 4	Практическое занятие	Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.	6	80%	Краткое содержание занятия: 1. Теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии. 2. Классическая и оперантная теории научения в трудах И. П. Павлова и Б. Ф. Скиннера.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	Краткое содержание занятия: 3. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии. 4. Когнитивная психотерапия Бека. 5. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса. 6. Нейролингвистическое программирование (НЛП).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

					7. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.		
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. 5.	Практическое занятие	Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии.	6	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Л. Бинсвангер, В. Франкл, Р. Мей, И. Ялом, Д. Бьюдженталь и их подходы в экзистенциальной психотерапии.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	
	Практическое занятие		6	80%	Краткое содержание занятия: 2. Гештальт-терапия. Основные положения учения Ф. Перлса. Феноменологический подход в гештальт-терапии 3. Клиент-центрированная психотерапия. Логотерапия В. Франкла. 4. Психосинтез	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. 6.	Практическое занятие	Тема 4. 6. Основные формы психотерапии	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Индивидуальная психотерапия 2. Семейная психотерапия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	3. Системная семейная психотерапия. Нормативные и не нормативные кризисы семьи.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 3. Групповая психотерапия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

Тема 4. 7.	Практическое занятие	Отдельные методы	6	80%	Краткое содержание темы: 1. Суггестивная психотерапия. 2. Арттерапия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	3. Телесно-ориентированная психотерапия. 4. Трансактный анализ. 5. Психодрама. 6. Транмперсональная психотерапия. 7. Программно-аппаратные методы психотерапии.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
			2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 5. Частная психотерапия							
Тема 5. 1.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.	6	80%	Краткое содержание занятия: 1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: этиология, патогенез, механизмы психической травмы, особенности патогенных конфликтов. 2. Механизм действия индивидуальной и групповой психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	Краткое содержание занятия: 3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах. 4. Интегративная психотерапия невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

Тема 5. 2	Практическое занятие	Психотерапия в клинике соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.	6	80%	Краткое содержание занятия: 1. Концепции сомато-психического и психосоматического взаимодействия. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при соматоневрологических заболеваниях. .	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	Краткое содержание занятия: 3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при психосоматических расстройствах. 4. Интегративная терапия соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 5. 3.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике патологии развития.	6	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные мишени терапии при патологии развития. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при патологии развития. .	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 3. Интегративная терапия патологии развития.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 5. 4.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике аффективных расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии аффективных расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		6	80%	2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при аффективных расстройствах. 3. Интегративная терапия аффективных расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5,	КВ, ТЗ, СЗ

					Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.	ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5	
Тема 5. 5.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике расстройств шизофренического круга.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии расстройств шизофренического круга.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при расстройствах шизофренического круга. 3. Интегративная терапия расстройств шизофренического круга.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 5. 6.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.	4	80%	Краткое содержание темы: 1. Психологические механизмы развития сексуальных расстройств. 2. Клиника сексуальных расстройств.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	3. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств. 4. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при сексуальных расстройствах.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		2	80%	Семинар с индивидуальной и групповой работой. Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме. Практическая работа на занятиях. Устный опрос. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Всего за ПА № 3 час.			**168**	135			
ИТОГО			**536**	429			

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

*** ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ-ситуационные Д-устный доклад*

4.6 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства** для текущего контроля
1	Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии	30	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
2	Раздел 2. Общая психопатология.	64	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -работа с атласами, схемами, 3D моделями -решение ситуационных задач -отработка практических навыков клинико-психопатологического обследования пациентов -запись психического статуса осмотренного пациента -оценка данных дополнительных методов исследования -подготовка докладов и презентаций по клиническим случаям	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
3	Раздел 3. Частная психиатрия.	81	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -решение ситуационных задач -оценка данных дополнительных методов исследования -составление ситуационных задач по клиническим случаям -запись психического статуса осмотренного пациента -составление плана обследования, лечения, реабилитации, осмотренного или разобранного по истории болезни пациента -подготовка докладов и презентаций -участие в подготовке проведения клинических разборов	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
4	Раздел 4. Общая психотерапия.	40	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -решение ситуационных задач -оценка данных дополнительных методов исследования -составление ситуационных задач по клиническим случаям -запись психического статуса осмотренного пациента -составление плана обследования, лечения, реабилитации, осмотренного или разобранного по истории болезни пациента -подготовка докладов и презентаций -участие в подготовке проведения клинических разборов	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д

5	Раздел 5. Частная психотерапия	39	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -подготовка докладов и презентаций по клиническим случаям	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
Всего:		**254**	Из них на практическую подготовку -127 час.		

******Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Д – подготовка к докладу*

Примерные темы для докладов:

1. Концепции личности в психотерапии.
2. Психологические основы психотерапии.
3. Клинические основы психотерапии.
4. Исследование эффективности психотерапии.
5. Психотерапия, лечебная педагогика и психопрофилактика в детском и подростковом возрасте.
6. Психотерапия и психопрофилактика в клинике алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимической зависимости.
7. Теория и практика основных форм психотерапии.
8. Психотерапия и психопрофилактика в клинике неврозов, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		КВ	**ТЗ**	**СЗ**
Текущий контроль	Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии.	61	68	26
	Раздел 2. Общая психопатология.			
	Раздел 3. Частная психиатрия.	88	71	23
	Раздел 4. Общая психотерапия.	113	119	22
	Раздел 5. Частная психотерапия			
ИТОГО		262	258	71

ТЗ – тестовые задания, АУ -алгоритмы умений (-чек листы; оценка анализа ликвора)*

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

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ, ТЗ, СЗ, Д
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	КВ, ТЗ, СЗ, Д
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	КВ, ТЗ, СЗ, Д
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	КВ, ТЗ, СЗ, Д
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую	КВ, ТЗ, СЗ
документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	КВ, ТЗ, СЗ
ПК-4. 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
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	КВ, ТЗ, СЗ

5.3. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине:

Промежуточная аттестация № 1-зачет

Промежуточная аттестация № 2 -зачет с оценкой

Промежуточная аттестация № 3 -зачет с оценкой

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

Отлично» -ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.
«Хорошо» -ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.
«Удовлетворительно» - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.
«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:
«Отлично» -ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.
«Хорошо» -ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.
«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.
«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

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

Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
3этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
3этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 3			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8,

			ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

5.4. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Виды оценочных средств	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	Что является основанием для определения депрессии как вторичной? a. Наличие психотравмирующей ситуации b. Наличие депрессии у кого-либо из родственников c. Наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния **d. Появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием** e. Появление депрессии в связи с угрожающим жизни событием	УК-1, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
СЗ	Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул - «женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками. Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Сунцидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы. 1. Укажите расстройство, 2. Варианты психотерапевтической тактики	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
КВ	Классификация невротических расстройств по длительности. Варианты затяжного неврастенического, истерического и обсессивно-фобического расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5

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:

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 (https://minzdrav.gov.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. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513590
2. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. -864 с. -Текст: электронный // URL: https://www. rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854. html
3. Шарапов, А. О. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии: практическое пособие / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Профессиональная практика). — Текст:

электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518577
4. Ромек, В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / В. Г. Ромек. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/515451
5. Залевский, Г. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait. ru/bcode/518572
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520277

Дополнительная литература:

1. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -352 с. -(Серия "Библиотека врача-специалиста"). -Текст: электронный // URL: https://www. rosmedlib. ru/book/ISBN9785970438091. html
2. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 432 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait. ru/bcode/511157
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. -624 с. -Текст: электронный // URL: https://www. rosmedlib. ru/book/ISBN9785970461754. html
4. Рачин, А. П. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. -192 с. -Текст: электронный // URL: https://www. rosmedlib. ru/book/ISBN9785970463680. html
5. Мелехин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А. И. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. -496 с. -Текст: электронный // URL: https://www. rosmedlib. ru/book/ISBN9785970455050. html
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. -5-е изд., перераб. и доп. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. -552 с. -Текст: электронный // URL: https://www. rosmedlib. ru/book/ISBN9785970462980. html
7. Шевченко Ю. С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Шевченко Ю. С. -Москва: МИА, 2018. -504 с. -Текст: электронный // URL: https://www. medlib. ru/library/library/books/28299
8. Соколова, Е. Т. Психоаналитическое направление в психотерапии: учебник для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 139 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait. ru/bcode/532194
9. Шарапов, А. О. Технологии психологического консультирования: учебное пособие для вузов / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait. ru/bcode/518403
10. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait. ru/bcode/516672

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.

-Ссылка на учебно-методические материалы в системе MOODL https://moodle. almazovcentre. ru/course/view. php?id=423

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:

– Методическое материалы по дисциплине «Психотерапия» для специальности 31. 08.22 Психотерапия, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2023

- Ссылка на учебно-методические материалы в системе MOODL https://moodle. almazovcentre. ru/course/index. php?categoryid=230

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Психотерапия» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия 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 «Психотерапия» 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.

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.

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 «Психотерапия» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение дисциплины «Психотерапия» 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 «Психотерапия» 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 «Психотерапия» 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
«ПСИХОТЕРАПИЯ»

Специальность ординатуры	**31. 08. 22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

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

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства промежуточной аттестации *
Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ №№1-15 ТЗ №№1-57 СЗ №№1-24
Раздел 2. Общая психопатология	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ №№ 1-80 ТЗ №№ 58-129 СЗ №№ 1-35
Раздел 3. Частная психиатрия	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ №№ 1-47 ТЗ №№ 130-278 СЗ №№ 1-36
Раздел 4. Общая психотерапия.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ №№ 1-75 ТЗ №№ 279-468 СЗ №№ 1-23
Раздел 5. Частная психотерапия	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ №№1-87 ТЗ №№ 469-564 СЗ №№ 1-28

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

1. **В результате изучения программы по дисциплине «Психотерапия» у обучающегося формируются следующие компетенции:**

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую
документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах
ПК-4. 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. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

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

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК- 1. 1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	**Знает**: - методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; - пациент- ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; - роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития неврологии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; - излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально- этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности выбора, получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации использования приказов и других нормативных документов Минздрава РФ в работе врача- психотерапевта; изложения собственной точки зрения после анализа полученной научной информации, с соблюдением морально- этических норм аргументации, для участия в дискуссии и проведении круглых столов. Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
УК- 1. 2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	**Знает:** - современные направления развития психиатрии, новые технологии в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; - возможности пациент- ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине;	Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	Умеет: - анализировать в профессиональном контексте полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации;	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
УК- 4. 1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	**Знает:** - основы социальной психологии современные средства информационно-коммуникационных технологий	Сформированные систематические знатия особенностей современной социальной психологии и методов инормационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
УК- 4. 2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива **УК- 4. 3.** Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	**Знает:** - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях	Сформированные систематические знатия особенностей современной социальной психологии и методов инормационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Знает: - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Сформированные систематические знатия особенностей современной социальной психологии и методов инормационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

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

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-4. 1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	**Знает:** - основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях - особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями **Умеет:** - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями - интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях	Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-4. 2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** - анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга - основные физикальные методы обследования нервной системы - основные психотерапевтические методы - основы топической диагностики психических заболеваний - современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики - возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** - исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять неврологические синдромы ставить диагноз. - обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности выбора, получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации использования приказов и других нормативных документов Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; изложения собственной точки зрения после анализа полученной научной информации, с соблюдением морально-этических норм аргументации, для участия в дискуссии и проведении круглых столов. Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	(протоколами лечения). - интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики		
ОПК-4. 3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	**Знает:** - клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм; - клиническую классификацию психических расстройств опросить больного и получить наиболее достоверные сведения психическом заболевании - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях - показания к госптализации в психотерапевтическое отделения **Умеет:** - использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ - производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-5. 1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по	**Знает:** - стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических заболеваниях и (или) состояниях психики - современные методы лечения основных основных психических заболеваний **Умеет:** - разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях при психических заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ

вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения	Шкала и критерии оценивания	
ОПК-5. 2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения. ОПК-5. 3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	**Знает:** - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психотерапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции - методы немедикаментозного лечения, применяемые в психотерапии, показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные **Умеет:** - назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Знает: - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-6. 1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации	**Знает:** - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях - механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкалы и критерии оценивания Соответствие уровня клинического	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

инвалидов.	психики **Умеет:** - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно- курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкалы и критерии оценивания	
ОПК-6. 2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	**Знает:** - методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-6. 3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с	**Знает:** - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях - выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ

действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения реабилитационных программ	Шкала и критерии оценивания	
ОПК7. 1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы	**Знает:** - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов **Умеет:** - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, на прохождение медико- социальной экспертизы Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-7. 2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы	**Знает:** - требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико- социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** - выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психического заболеваний и (или) состояний нервной системы	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-7. 3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии	**Знает:** - порядок выдачи листков нетрудоспособности **Умеет:**	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ

медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	- определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическим заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	
ОПК-8. 1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств. ОПК-8. 2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** - основы здорового образа жизни, методы его формирования - формы и методы санитарно- просветительной работы среди психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний. **Умеет:** Проводить санитарно- просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
	Знает: - факторы риска развития основных психических **Умеет:** - проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-8. 3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами. ОПК-9. 2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными	**Знает:** - первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний **Умеет:** - проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
	Знает: - правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психиатрия	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>:

	Умеет: - составлять план работы и отчет о своей работе Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения Использовать информационно- аналитические системы и информационно- телекоммуникационную сеть "Интернет"	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-10. 1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	**Знает:** - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов психиатрического профиля, или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи **Умеет:** - провести психиатрический осмотр пациента	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-10. 2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания) ОПК-10. 3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	**Зна**ет: - признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме **Умеет:** - оказывать медицинскую помощь в неотложной форме **Знает:** - алгоритм оказания неотложной помощи при психиатрических заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента - перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психиатрических представляющих угрозу жизни пациента. **Умеет:**	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ -301

	Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме при психиатрических Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий	адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	

Оценочные средства КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, Д-доклад

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-4. 1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** - особенностей формирования психического расстройства; - порядок проведения дифференциальной диагностики; - формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней. - критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; - современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; - правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом заболевании; - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; - оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности;	Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам,	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	- установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; - обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований; - провести дифференциальную диагностику психического заболевания; - поставить и обосновать окончательный диагноз.	стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	
ПК-4. 2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** Современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; - обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; - выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств; - выявления особенностей формирования психического расстройства; - проведения дифференциальной диагностики; - формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.	Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-4. 3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	**Знает:** - критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядке оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ

		всех этапах оказания медицинской помощи Шкалы и критерии оценивания	
	Умеет: - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; - установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ.	Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. 1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Знает: - как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; - обосновать показания к назначению больному психотропных средств; - разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики Порядок оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; современные методы лечения при психических расстройствах.	Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации</u>: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. 2. Осуществляет оказание психотерапевтической	**Знает:** - клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации,	Для текущего контроля:

помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевани.	клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядке оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи Шкалы и критерии оценивания	КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию; - оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания.	Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. 3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	**Знает:** - организовать с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядке оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: провести с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

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

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при решении тестовых заданий:

«Отлично»	Более 90%
«Хорошо»	81%-90%
«Удовлетворительно»	71%-80%
«Неудовлетворительно»	Менее 71 %

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

«Отлично» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.
«Хорошо» - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.
«Удовлетворительно» -ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.
- при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:
«Отлично» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.
«Хорошо» - ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.
«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.
«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации для компетенций:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора достижения 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/зачет с оценкой/ зачет с оценкой.**

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
3этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
3этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 3			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
ПН – практические навыки
Д -доклад

Раздел 1 Организационно правовые основы психотерапии

Тема 1. 1. Организация психотерапевтической помощи.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Правовые основы и современная структура психической заболеваемости.
2. Особенности в оказании психотерапевтической помощи в Российской Федерации.
3. Правовые основы получения данных, необходимых ВОП, для постановки больному диагноза
4. Предмет, задачи и объект изучения в психотерапии, ее место среди других клинических дисциплин.
5. Правовые нормы психотерапии и психофармакотерапии в практической работе ВОП

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

6. Особенностью психотерапевтической помощи больным неврозами и пограничными с ними состояниями в психотерапевтическом кабинете поликлиники является:

a. Психотерапия обычно сочетается с фармакопией, физиотерапией и другими видами лечения
b. В психотерапевтическом контакте психотерапевт занимает преимущественно

пассивную позицию

c. Психотерапевт использует в основном долгосрочные виды психотерапии

d. Широко используется психоаналитически ориентированная психотерапия

7. К одному из положений МЗМП РФ №294 от 30 октября 1995 года «О психиатрической и психотерапевтической помощи» относится следующее:

a. Определение расчетной нормы обслуживания для врача психотерапевта составляют 2 посещения в час

b. Врач психотерапевт не имеет права принимать решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дачу заключения для рассмотрения этого вопроса

c. Психотерапевтический кабинет может организовываться в составе территориальной поликлинники, непосредственно обслуживающей 25 тысяч населения

d. Должность врача психотерапевта в психиатрическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 25 коек

8. К одному из положений приказа МЗМП РФ № 294 от 30 октября 1995 года относится следующее

a. Должность врача психотерапевта в психотерапевтическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 15 коек

b. Должность медицинского психолога устанавливается в психотерапевтическом кабинете из расчета 1 должность на 50 тысяч населения

c. Врач психотерапевт является специалистом с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», имеющий стаж практической работы врача не менее 3-х лет

d. Врач психотерапевт повышает свою квалификацию по психиатрии не режее одного раза в 3 года

9. Одним из положений закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» является следующее:

a. Лицо, страдающее психическим расстройством или его законный представитель имеет право во всех случаях отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его

b. Пребывание лица в психиатричесом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация

c. Заключение врача другой специальности (не психиатра) о состоянии психического здоровья обследуемого является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов

d. Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке (по основаниям, предусмотренным приказом) решается комиссией врачей-психиатров данного психиатрического стационара.

10. Характерным для психотерапевтического кабинета в психоневрологическом диспансере является:

a. Тщательная дифференциальная диагностика между неврозами и другими пограничными психическими состояниями и инициальными формами психических заболеваний

b. Доминирующим видом лечения является личностно-ориентированная/реконструктивная/ психотерапия

c. Основной контингент больных составляют пациенты с тяжелыми формами неврозов, для многих из которых социальное окружение является постоянным источником декомпенсации

d. Лечение протекает в условиях психотерапевтического коллектива (сообщества)

11. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя:

a. Только в начале курса терапии

b. При каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии

c. В начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений

d. При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар

e. При проведении принудительного лечения

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

12. Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

Вопрос:

1. Расскажите возможные варианты оказания психотерапевтической помощи. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента.

Тема 1. 2. Методы диагностики психических расстройств.

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

1. К врачу-психиатру-психотерапевту в поликлинике обратилась гражданка Н., 29 лет, с жалобами на «плохую память». При детальном расспросе выяснилось, что несколько дней назад Н. неожиданно оказалась на незнакомой улице. Последнее, что она помнила до этого, это то, как они с сотрудницей возвращались домой после работы. При последующем общении с Н. сотрудница рассказала, что попрощалась с ней на автобусной остановке, и та, по ее словам, поехала «в центр за обновками». При этом никаких странностей в поведении Н. не наблюдалось.

При беседе Н. контактна, на вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Из собранного анамнеза стало известно, что бабушка Н. (по материнской линии) длительное время страдала эпилепсией, неоднократно находилась на лечении в неврологических, а концу жизни и в психиатрических стационарах. Сама Н. росла тихой, задумчивой девочкой, все свободное время предпочитала проводить дома в кругу семьи. С 25 лет отмечает появление головных болей, по поводу

которых неоднократно обращалась к невропатологу. Кроме того, Н. сообщила, что в детстве, будучи в пионерском лагере, неоднократно дразнилась детьми за то, что, по их словам, «ходила по ночам». При этом утром Н. просыпалась в своей постели и ничего не помнила.

Вопросы:

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить и провести врачу?
2. Какой психопатологический синдром описан в задаче?

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5

2. Основы военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертиз у лиц с психическими расстройствами.

3. Методы исследования IQ

4. Дополнительные инструментальные методы исследований пациентов у врача-психотерапевта-психиатра

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

5. Клинико-психопатологическое исследование больных осуществляется путем:

a. Беседы с родственниками больного
b. Наблюдения
c. Опроса и наблюдения
d. Сбора анамнестических сведений
e. Анализа данных инструментального исследования

6. Наибольшую диагностическую информативность краниография имеет при:

a. Эндогенных психических заболеваниях
b. Психогенных расстройствах
c. Экзогенно-органических психических заболеваниях
d. Эндогенно-органических психических заболеваниях

7 Основным методом исследования в психиатрии является:

a. Электроэнцефалографический
b. Инструментальный
c. Психологический
d. Генетический
e. Клинико-психопатологический
f. Эпидемиологический
g. Иммунологический

8 Эхо-энцефалография базируется на:

a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
b. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
c. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

9 При проведении экспертизы нетрудоспособности выделяют следующие критерии:

a. Медицинские, социальные и профессиональные
b. Медицинские
c. Медицинские и социальные
d. Медицинские, социальные, профессиональные и возрастно-половые

10 Генетические исследования имеют наибольшее значение при диагностике:
a. Экзогенных психических заболеваний
b. Эндогенных психических заболеваний
c. Умственной отсталости
d. Экзогенно-органических психических заболеваний
e. Эндогенно-органических психических заболеваний
f. Психогенных психических заболеваний

11 Все следующие утверждения по поводу электросудорожной терапии верны, кроме:
a. Она получила широкое распространение в комплексной терапии обсессивно-фобического невроза
b. Основным показанием для этого вида лечения является депрессия
c. Она может быть эффективной в лечении больных с маниакальным возбуждением
d. Она может вызвать нарушения памяти

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

12 Методы позитивной и негативной диагностики в психотерапии
13. Задачи экспериментально-психологического исследования у клинического психолога
14. Основные показания для ЭЭГ / ЭЭГ мониторинга

Тема 1. 3. Принципы терапии психических расстройств.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5

1. Амитриптилин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Нейролептиков

2 Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Транквилизаторов
e. Нормотимиков
f. Ноотропов

3 Имипрамин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Нейролептиков
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Антидепрессантов

4 К ингибиторам МАО относятся:
a. Амитриптилин
b. Ниаламид

c. Диазепам
d. Пимозид
e. Ни один из перечисленных

5 Какие из перечисленных препаратов являются нейролептиками?
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Левомепромазин
f. Пирацетам
g. Хлорпромазин
h. Имипрамин

6 Какой класс препаратов требует исключения из диеты больного копченостей, сыра и творога, а также не комбинируется с другими психотропными средствами?
a. Антидепрессанты -ингибиторы обратного захвата серотонина (Прозак)
b. Ноотропы с ГАМК-ергическими свойствами (Пирацетам)
c. Антидепрессанты -необратимые ингибиторы МАО (Ниаламид)
d. Нейролептики бутерофенонового ряда (Галоперидол)
e. Соли лития (лития карбонат)

7 Тригексифенидил в комплексной терапии шизофрении применяется с целью:
a. Усиления антипсихотических эффектов нейролептиков
b. Уменьшения выраженности побочных эффектов нейролептиков
c. Предупреждения развития терапевтической резистентности при длительной терапии нейролептиками

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

8 Основная часть

Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Свое поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию

отсутствует. На фоне проводимого лечения нейролептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

Вопросы:

1. Какие именно варианты антипсихотической терапии возможны в показаниях к лечению

9. Основная часть

Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечении пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. В чем может проявляться нейролепсия и при каких препаратах?

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

10 Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.

11 Области применения антидепрессантов в психотерапии.

12 Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.

13 Области применения ноотропов в психотерапии.

14 Этические принципы психотерапевта.

15 Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.

16 Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).

Тема 2. 1. Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1 В «Счете по Крепелину» испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 25, 21, 21, 15, 12, 7. это свидетельствует о:

a. снижении уровня обобщения
b. нарушениях памяти
c. утомляемости
d. колебаниях внимания
e. нарушениях восприятия

2 Из 10 слов испытуемый воспроизводит 4. это свидетельствует о:

a. нормальном объеме запоминания
b. высоком объеме запоминания
c. низком объеме запоминания

3 Методика «Корректурная проба Бурдона», предназначена для исследования

a. памяти
b. восприятия
c. мышления
d. внимания и умственной работоспособности
e. личности

4 «Нарушение восприятия времени» относится к:

a. Галлюцинациям
b. Психосенсорным расстройствам
c. Сенсопатиям
d. Иллюзиям

5 Аффективные иллюзии относятся к:

a. Патологическим иллюзиям
b. Сенсопатиям
c. Психосенсорным расстройствам
d. Функциональным галлюцинациям

6 Галлюцинации функциональные – это:

a. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении
b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
d. Ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов

Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

7 Прогностически благоприятными являются галлюцинации:

a. Зрительные
b. Обонятельные
c. Псевдогаллюцинации
d. Истинные
e. Вкусовые
f. Тактильные

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

8 Основная часть

Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спасаться от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

9 Что свойственно истинным галлюцинациям, что характерно для псевдогаллюцинаций?

10 Особенности псевдогаллюцинаций при шизофрении.

12 Чем характеризуются иллюзии?

13 Методы исследования внимания

14 Астения и внимание

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

15 Основная часть Больной Ш., 20 лет. В течение последних 3-х лет постепенно стал меняться круг интересов, утратил прежних друзей, время проводил за чтением оккультной литературы, по ночам просматривал «мистические» видеофильмы. Постоянно рассуждал о каком-то «сатанизме» и строил малопонятные для окружающих отвлеченные философические концепции «демонического начала» мироздания. Обратил на себя внимание внешней отчужденностью и беспричинными перепадами настроения. Не мог «найти общий язык» с товарищами, держался замкнуто, в свободное время разрисовывал листы бумаги какими-то символами. Состояние особенно ухудшилось, когда на фоне нарастающей тревоги, стало казаться что «непознанные демонические силы» осуществляют «наблюдение» за ним и «считывают» его мысли. Чувствовал чей-то «преследующий взгляд», испытывал «необычные» ощущения «жжения» кожи и твердил о влиянии на него «черных ангелов». Для обследования родителями был госпитализирован в неврологическую клинику, откуда под влиянием императивных галлюцинаций сбежал, всю ночь где-то прятался, затем самостоятельно вернулся, после чего был направлен на обследование в психиатрическую клинику. При поступлении напряжен и подозрителен, свои переживания не раскрывал. Рисует абстрактно-символические картинки.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Тема 2. 2. Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что «у них по четыре ноги». Данный ответ можно интерпретировать как проявление:

a. снижения уровня обобщения
b. искажения процесса обобщения
c. ригидности мышления
d. нарушения динамики мыслительной деятельности
e. нарушения внимания

2. Атаксия интрапсихическая:

a. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
b. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
c. Разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
d. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

3. Бессвязность и разорванность мышления относятся к:

a. Бредовым идеям
b. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
c. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
d. Обсессиям
e. Сверхценным идеям

4. Закупорка мышления (шперрунг) – это:

a. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
c. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
d. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития, с сохранением черт присущих детскому или подростковому возрасту

5. Методика Леонтьева предназначена для исследования

a. восприятия
b. внимания и умственной работоспособности
c. мышления
d. личности
e. памяти

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

6. Какие нарушения памяти наблюдаются при парафрении?

7. Назовите основные симптомы расстройств памяти.

8. Что относится к расстройствам процесса мышления?

9. Чем характеризуются бредовые идеи?

10. Что свойственно интерпретативному бреду, что свойственно чувственному (образному) бреду?

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

11 Основная часть Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписку. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных -за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит -скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» -следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

12 Основная часть Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

13 Основная часть Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах. . . Свинья. . . » Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

14 Основная часть Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требует за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требует, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
— 40, или, может быть, 30.
— Так Вы еще молодой человек?
— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!. . .
— А какой сейчас у нас год?
— Наверное, 1961. . .
— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
— Наверное, 10.
— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
— Я дома, у себя в избе.
— Как Вас здесь кормят?
— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!. .

Вопрос:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

15 Основная часть Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

16 Основная часть «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Софронову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра…»

Вопрос:

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

Тема 2. 3. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательно-волевой сферы.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Отрицательные эмоции возникают оттого, что имеющаяся информация:

a. Избыточна
b. Недостаточна
c. Достаточна
d. Почти достаточна

2. Парабулия – это:

a. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с непроизвольной подменой одних идей другими
b. Извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений
c. Ответы на поставленные вопросы невпопад, не по существу, возникающие у больных с кататоническими расстройствами
d. Ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом
e. Аффект качественно и количественно не соответствующий его причине

3. Способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности определяется как:

a. Влечение
b. Память
c. Воля
d. Мышление
e. Внимание

4. Что является сенсорной основой эмоций?

a. Ощущение
b. Мышление
c. Речь

5. Эйфория – это:

a. Незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

c. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью

e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

6. Эмоциональная тупость наблюдается при:

a. Алкоголизме

b. Невротических расстройствах

c. Шизофрении

d. Органическом поражении головного мозга с психическими нарушениями

e. Расстройствах личности

f. Эпилепсии

7. Эретическое возбуждение – это:

a. Повторение увиденных действий

b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)

e. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе самоповреждений

8. Трема – это:

a. Общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом

b. Выраженная замедленность, затрудненность мышления. Затрудненными, замедленными становятся также речь и действия больных

c. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений

d. Нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха

e. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот -знакомых как чужих людей, но принявших их облик

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

9. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.

10. Основные патогенетические теории аффективных расстройств.

11. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.

12. Облигатные симптомы депрессий.

13. Клиническая характеристика типичных вариантов депрессий.

14. Дифференциальная диагностика типичных и атипичных вариантов депрессий.

15. Клиническая характеристика атипичных вариантов депрессий.

16. Отличия кататонического возбуждения от депрессивного и от тревожного?

17. Какие стереотипии наблюдаются при кататоническом возбуждении?

18. Какие двигательно-волевые нарушения наблюдаются при кататоническом возбуждении?

19. Чем проявляется гебефреническое возбуждение

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

20 Основная часть Больной 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни. Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу исследования проявляется утомление. Аттентивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления. Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки

указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

21 Основная часть Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 -летнем возрасте -аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда

пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1, 5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность -справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошённостью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «…нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД -125/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы

D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингиальных, патологических знаков нет.

Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

22 Основная часть Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кроватки, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жестикуляции и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопрятна при мочеиспускании и дефекации.

Вопросы:

1. Опишите основные расстройства
2. Ваш диагноз?

Тема 2. 4. Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Уровни врожденного слабоумия?
2. Чем характеризуется астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы?
3. В чем разница между тотальным и лакунарным слабоумием?
4. Что характерно для астенического синдрома после соматического заболевания?
5. Клинические варианты невротического синдрома.
6. Характеристики амнестического синдрома
7. Назовите этапы развития астенического синдрома.
8. Опишите клинику Корсаковского синдрома.

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

9 Основная часть Больная В., 42 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные в детстве заболевания не помнит. Окончила 8 классов, работала в колхозе. В 29 лет перенесла черепно-мозговую травму, после которой около года не могла говорить. В дальнейшем начала ухудшаться память: забывала о назначенной встрече, дни рождения родственников и т. д. У больной появилось слабодушие, нередко беспричинно плакала, перестала понимать шутки и анекдоты. Кроме того, стала быстро уставать при физической нагрузке, плохо адаптироваться к новой обстановке. Трижды находилась на лечении в психиатрическом стационаре, последний раз с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием».

При обследовании больной отмечалось расширение зон и оживление сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга. Поведение адинамичное: подолгу лежит на кровати или бесцельно смотрит в окно. Настроение неустойчивое, легко переходит от слез к улыбке и наоборот. Контакту доступна. Имя и фамилию называет правильно, но считает, что находится в обыкновенной больнице по поводу простудного заболевания. С трудом ориентируется во времени. Анамнестические сведения давала скудные. Не помнит жизненно важных событий, возраста своих детей. Интеллект снижен. С трудом и ошибками проводит элементарные счетные операции, не понимает переносный смысл пословиц.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

10 Основная часть Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой и дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем -заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительство в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта;

боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовыхзатруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени наросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс -79 уд/мин., АД -110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоид, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключения специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с наклонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцированна, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ -регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

11 Основная часть Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие, имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующим беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался.

Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности».

Вопрос:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

12. Назовите синдромы невротического уровня:

a. Астенический
b. Психоорганический
c. Нарушения сознания
d. Истерический
e. Ипохондрический
f. Обсессивно-фобический
g. Параноидный
h. Маниакальный

13. Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:

a. Моторный
b. Аффективный
c. Сенсорный
d. Галлюцинаторный
e. Идеаторный
f. Параноидный
g. Астенический

14. Растерянность, недопонимание, недоосмысление, снижение синтетических способностей, выраженный астенический фон наблюдается при:

a. Ипохондрическом синдроме
b. Онейроиде
c. Паранойяльном синдроме

d. Аменции
e. Кататоническом возбуждении
f. Нигде из перечисленных состояний

15. Астенический синдром при неврозе может проявляться в виде:
a. Гипостенического и гиперстенического синдромов
b. Гипостенического синдрома
c. Гиперстенического синдрома

16. Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов
a. Простых
b. Сложных
c. Смешанных

17. Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:
a. Психопатий
b. Шизофрении
c. Алкогольного делирия
d. Аффективных расстройств
e. Деменции

18. Депрессивный ступор встречается при:
a. Невротической депрессии
b. Аффективных расстройствах
c. Патохарактерологических реакциях
d. Расстройствах личности
e. Обсессивно-компульсивных расстройствах

19. Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:
a. Моторный
b. Сенсорный
c. Галлюцинаторный
d. Идеаторный
e. Аффективный
f. Параноидный
g. Астенический

20. На прием пришли мальчик 12 лет и его мать. Жалобы: затруднение контакта со сверстниками. В 3, 5 года после помещения в д/сад при обращении к нему заикался, не разговаривал с детьми. О каком нарушении идет речь?
a. Психоз
b. Умственное недоразвитие
c. Селективный мутизм (невротическое расстройство)
d. Аффективная патология

Тема 2. 5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:
a. Аффективных

b. Галлюцинаторно-бредовых
c. Нарушенного сознания
d. Невротических
e. Астенических

2. Интерпретативный систематизированный паралогичный бред определяет синдром:
a. Психического автоматизма
b. Парафренный
c. Паранойяльный
d. Корсаковский
e. Делириозный

3. Манерно-дурашливое поведение, безмотивные действия, мория определяют синдром:
a. Истерический
b. Гебефренический
c. Маниакальный
d. Кататонический
e. Паранойяльный

4. Выделяются следующие варианты кататонического ступора:
a. Растерянно-патетический
b. С негативизмом
c. С «восковой гибкостью»
d. Импульсивный
e. Немой
f. Кататоно-гебефренный

5. Гебефренический синдром встречается при:
a. Аффективных расстройствах
b. Расстройствах личности
c. Умственной отсталости
d. Шизофрении
e. Невротических расстройствах
f. Алкоголизме

6. Гебефренический синдром характеризуется:
a. Галлюцинациями
b. Манерно-дурашливым поведением
c. Навязчивостями
d. Сенсопатиями
e. Безмотивными действиями
f. Морией
g. Депрессией

7. Кататонический ступор наблюдается при:
a. Невротических расстройствах
b. Умственной отсталости
c. Шизофрении
d. Аффективных расстройствах
e. Расстройствах личности

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

8. Чем проявляется гебефреническое возбуждение?
9. Особенности аффективного фона при гебефрении, двигательно-волевые нарушения при гебефрении.
10. Что относят к депрессивному бреду?
11. Что характерно для резидуального бреда?
12. Что характерно для бреда метаморфозы, бреда инсценировки?
13. Виды психических автоматизмов.
14. Чем характеризуются бредовые идеи?
15. Чем характеризуется интерпретативный бред (бред толкования)?

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

16 Основная часть Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

17 Основная часть Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписку. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных -за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит -скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» -следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

18 Основная часть Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится

самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

19 Основная часть В психиатрическое отделение была доставлена гражданка В., 27 лет, после того как она пыталась выброситься из окна. Позже С. объяснила свой поступок тем, что это не она стремилась совершить суицидную попытку, а ее «принуждали» к этому: «двигали» ее ногами, «открывали» окно ее руками и ее «действиями» хотели ее выбросить. Кроме того, С. заявила, что ей «подсовывают» мысли в голову, «управляют» ее настроением, чувствами тепла и холода, голода и сытости и т. д. Помимо этого в голове «звучат» голоса, чаще неопределенного характера, которые комментируют все ее действия. Больная уверена, что эти голоса – тоже «дело рук» тех, кто так ловко ею «манипулирует», «они» ее полностью подчинили и теперь «используют» в своих целях. С. также утверждает, что обладает способностью узнавать мысли окружающих, правда и сама она полностью «открыта», поэтому ее мысли известны всем вокруг.

В анамнезе у больной неоднократные обращения к психиатру по поводу обсессивно-фобического невроза. Кроме того, отец С. стоял на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «патологическое развитие личности», поставленном ему при комиссации из рядов ВС в период прохождения срочной службы.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

20 Основная часть Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая…Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

Тема 2. 6. Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Критерии помрачения сознания Ясперса.
2. Особенности ориентировки при разных видах помрачения сознания.
3. Дифдиагностика делирия и онейроида.
4. Отличия истинного (эндогенного) онейроида от экзогенно-органического онейроида.
5. Дифдиагностика аменции и сумеречного помрачения сознания.
6. Виды припадков.

7. Основная часть Больной М., 36 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать больного 72 лет, здорова, по характеру добрая, покладистая Отец погиб на войне. Старшая сестра больного здорова. Больной родился от первой беременности в срок. Роды были затяжные, с наложением акушерских щипцов. Раннее детство без особенностей. От сверстников в развитии не отставал, однако был несколько вялым, пассивным, часто наблюдалась рвота. Посещал дошкольные учреждения. Учился ровно по всем предметам. С товарищами был общителен, дружелюбен. Из заболеваний в детском возрасте отмечаются детские инфекции, до 13 лет страдал ночным энурезом, во сне был беспокоен, часто просыпался. В дальнейшем эти явления исчезли. После окончания начальной средней школы работал токарем. К работе относился серьезно, замечаний и взысканий не имел. От службы в армии освобожден в связи с появлением судорожных припадков. Окончил вечерний техникум при заводе. С 21 года работал мастером. Всегда был старательным и добросовестным. Алкогольные напитки не употребляет, следуя рекомендациям врачей. В возрасте 30 лет установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. Не работает.

В 18 лет впервые возник большой судорожный припадок, когда, по рассказам коллег, по дороге с работы внезапно упал, начались судороги во всем теле, сопровождавшиеся мочеиспусканием и дефекацией. В дальнейшем припадки повторялись 1-2 раза в полгода,

В возрасте 22 лет припадки участились и стали ежемесячными. Лечился амбулаторно. Пароксизмы стали редкими (1-2 раза в год), но родные стали отмечать периодически возникающие расстройства сознания, во время которых больной на несколько секунд прерывал начатое действие, совершал бесцельные движения руками, а затем, как бы очнувшись, продолжал начатое. Подобные явления отмечались 2-3 раза в неделю.

С 28 лет у больного появились головные боли. Стал медлителен. Перешел на работу в отдел кадров. Был старательным, требовательным к сотрудникам. Участились головные боли. Стал конфликтовать с женой и дочерью. На работе был медлителен, болезненно реагировал на замечания в свой адрес, стали возникать конфликты с сослуживцами. В 32-летнем возрасте в связи с заметным снижением профессионального уровня и значительными изменениями личности установлена II группа инвалидности. Неоднократно лечился в различных психиатрических больницах. В настоящее время не работает, примерно 1 раз в неделю бывают пароксизмы по типу амбулаторного автоматизма.

Психическое состояние: больной ориентирован в месте, собственной личности, однако затрудняется назвать точную дату, хотя правильно называет месяц и год. Контактен. На вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь больного замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Он опрятен, поза несколько скованная.

Больной жалуется на периоды потери сознания и непроизвольные движения во время этого с полной амнезией в последующем, головные боли, слабость. Галлюцинаторные и бредовые расстройства отсутствуют. Все внимание больного сосредоточено на собственном заболевании.

В значительной степени изменена память. Настроение подвержено колебаниям. На фоне благодушия и благожелательности часто возникают приступы раздражительности. Конфликтует с персоналом и больными по поводу соблюдения режима. Злопамятен. Критического отношения к своему состоянию нет. Основной целью жизни считает заботу о собственном здоровье.

При электроэнцефалографическом исследовании установлены признаки очаговой билатеральной пароксизмальной активности, явления ареактивности и десинхронизации.

На рентгенограммах черепа патологических изменений нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

8. Автоматизм амбулаторный:

a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами

b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность.

c. Потеря способности запоминать текущие события

d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций

e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

9. Аффект патологический:

a. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, помрачением сознания и искаженным восприятием окружающего, за чем следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией

b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией

c. Внезапно возникающее, обычно кратковременное состояние, характеризующееся глубокой дезориентировкой в окружающем, часто сопровождающееся галлюцинозом, острым образным бредом, аффектом тоски, злобы и страха, неправильным поведением

d. Ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий

e. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей

10. К синдромам помрачения сознания относятся:

a. Галлюциноз
b. Сумеречное нарушение сознания
c. Психоорганический синдром
d. Аменция
e. Депрессивный синдром
f. Делирий
g. Деперсонализация

h. Онейроид

11 Обнубиляция -это:

a. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между "я" и "не я", между миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного

b. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения

c. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро

d. Нарушение осознавания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом

12 Обнубиляция относится к синдромам:

a. Помрачения сознания
b. Нарушения самосознания
c. Галлюцинаторно-бредовым
d. Выключения сознания
e. Аффективным

13. Отсутствие словесного контакта и рефлексов характерны для:

a. Сопора
b. Оглушенности
c. Комы
d. Ступора

14. Сумеречное помрачение сознания характерно для:

a. Шизофрении
b. Аффективных расстройств
c. Эпилепсии
d. Расстройств личности
e. Алкоголизма

15. Для аменции характерно:

a. Пароксизмальность возникновения и окончания
b. Наличие длительных истощающих соматических заболеваний
c. Развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания
d. Аффект недоумения, растерянности
e. Полная амнезия пережитого
f. Эйфория
g. Наличие психических автоматизмов

16. Дереализация характеризуется:

a. Нарушением ориентировки в месте и времени
b. Искаженным восприятием окружающей реальности
c. Галлюцинациями
d. Мнестическими расстройствами
e. Эйфорией

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

17 Основная часть Больной О., 50 лет, директор торгового предприятия. Жалобы: на прерывистый, поверхностный сон, сопровождающийся кошмарными сновидениями, чувство

тревоги, тремор рук и всего тела, устрашающие зрительные видения в виде преследующих его людей со страшными лицами, угрожающие голоса. Со слов жены наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее, окончил гуманитарный институт. Алкоголь употребляет с 18 лет – вначале легкие спиртные напитки, к 25 годам употреблял преимущественно крепкие. Длительное время употреблял алкоголь 2-3 раза в неделю, без очевидных признаков похмелья. Дозы могли быть различными, в зависимости от ситуации. Отмечает, что всегда хорошо переносил алкоголь. В возрасте 42 лет начались трудности экономического и социального характера. По не зависящим от больного обстоятельствам, вынужден был менять место работы. На фоне психогенных нагрузок стал употреблять алкоголь практически ежедневно. Спустя два года сформировался абстинентный синдром. Вынужден похмеляться, «иначе не работоспособен». Толерантность до 1, 5 л водки в сутки. Высокая толерантность сохраняется в настоящее время. Последние три года отмечаются амнестические формы опьянения. В настоящее время употребление алкоголя ежедневное, перемежающееся от 0, 2 до 1, 5 л в сутки. Имеют место периоды до трех недель резкого увеличения потребления алкоголя (по выражению жены «запой»), после чего количество выпиваемого в день несколько снижается. Последний «запой» на протяжении двух недель. Состояние резко изменилось накануне вечером, когда на фоне бессонницы стала нарастать тревога. Быстро и пугливо озирался на обращенную речь и любой внезапный звуковой раздражитель. Наблюдались двигательное беспокойство, возбуждение. Отмечались выраженный тремор, озноб, гипергидроз. Больной в страхе прятался под кровать, спорил с несуществующими людьми. Сообщил, что «слышит голоса». Утром случился судорожный припадок эпилептиформного типа. Доставлен машиной скорой помощи в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Запах алкоголя изо рта. Лицо с трех-пятидневной щетиной, отечно, кожа и склеры гиперемированы. Температура тела 37, 3 град. С. Пульс 110 уд/мин., ритмичный. АД 160/100. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Дыхание везикулярное, частое. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Отсутствие мочи на протяжении 12 часов. Зрачки одинаковой формы, расширены. Легкий горизонтальный нистагм. Мышечный тонус повышен. Сухожильные рефлексы вялые. Сознание помрачено. Оглушен. Растерян, с выражением страха на лице, пугливо озирается по сторонам. Дезориентирован во времени: не может назвать, день и время суток. При настойчивом обращении удается временно установить контакт. Выраженный тремор верхних конечностей. Обильный гипергидроз. Речь смазана, неразборчива. Во время беседы постоянно вскакивает, движения плохо координированы, беспорядочны, хаотичны. Нецензурно бранится, спорит с «голосами». Положительный симптом Липпмана.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

18 Основная часть Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спасаться от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает,

размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

19 Больной П., 40 лет. Образование высшее. Жалобы на пароксизмы с потерей сознания, сопровождающиеся причмокиванием, снижение памяти. Частота – 1 раз в месяц, продолжительность – 1-2 мин. Считает себя больным с 37 лет, когда после перенесенного токсического гриппа возникли пароксизмы с потерей сознания и причмокиванием. После них ощущал сладкий вкус, как после приема сладкой пищи. В анамнезе грипп, паротит, воспаление легких. Наследственность здоровая.

Объективно: со стороны соматического состояния патологических изменений не обнаружено. Неврологическое обследование патологии не выявило. Психических отклонений от нормы не имеется.

КГ: признаки гипертензии отсутствуют. Турецкое седло с ровными контурами. Частичное обызвествление.

ПЭГ: давление ликвора в положении сидя 410 мм вод. ст., воздух заполнил ликворосодержащие пути. Топография и размеры желудочков не изменены. В щелях субарахноидального пространства головного мозга мало воздуха, заполнившиеся щели не изменены. Цистерны основания не расширены.

ЭЭГ: фоновая активность во всех областях коры головного мозга представлена достаточно выраженными, с отчетливыми региональными отличиями альфа ритмом частотой 9, 5-10 кол/с и амплитудой 15-20 мкВ, беспорядочными полиморфными медленными тета-и дельта волнами умеренной амплитуды и низко амплитудными быстрыми бета-и сигма колебаниями. Быстрые колебания чаще в правой височной области. Иногда отчетливо прослеживается небольшое преобладание медленных волн по длительности и амплитуде в областях правого полушария, более выраженное в теменной, нижней теменной и височной областях. Эпизодически регистрируются генерализованные периоды резкого подавления альфа активности и замены ее на беспорядочные полиморфные медленные и быстрые колебания, а также генерализованные билатерально синхронные вспышки медленных волн повышенной амплитуды, иногда с небольшим правосторонним акцентом. Выявляются умеренно диффузные изменения электрической активности коры головного мозга с небольшим акцентом в областях правого полушария. Признаки заинтересованности срединных отделов. Четких эпилептиформных комплексов и пароксизмов не зарегистрировано, однако отмеченные внезапные изменения фоновой активности свидетельствуют о склонности к резким изменениям функционального состояния головного мозга.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Рекомендации по лечению.

Раздел 3. Частная психиатрия

Тема 3. 1. Нозологические классификации психических заболеваний

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

1. Какие признаки являются классифицирующими в этиопатогенетической классификации психических заболеваний?

2. В чем разница классификаций МКБ-10 и DSM-5?

3. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.

4. Особенности национальной классификации психических расстройств.

5. Международная классификация болезней (10 пересмотр) классификация психических и поведенческих расстройств.

6. Многоосевые систематики в психиатрии.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

7. Общая психиатрия является:

a. Разделом физиологии высшей нервной деятельности
b. Разделом общей патологии
c. Разделом медицинской психологии
d. Самостоятельной философской дисциплиной

8. Общая психопатология является:

a. Самостоятельным разделом клинической психиатрии
b. Включает в себя раздел «Общая психиатрия»
c. Частью раздела «Общая психиатрия»
d. Частью медицинской психологии

9 В настоящее время в России здравоохранение относится к системе:

a. Государственной
b. Бюджетно-страховой
c. Страховой
d. Добровольной

10 Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является:

a. Посещение больного по поводу заболевания
b. Каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
c. Первичное обращение больного по поводу заболевания
d. Больной, впервые обратившийся по поводу заболевания
e. Первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания

11 Каковы терминологические отличия новой формулы медицинского критерия недееспособности от старой:

a. Определение «душевная болезнь или слабоумие» изменено на единый термин «психическое расстройство»
b. Стали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
c. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
d. В формулу введено «иное болезненное состояние»
e. Нет терминологических отличий

12 Основанием для госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке является его тяжелое психическое состояние, которое обусловливает:

a. Его непосредственную опасность для себя или окружающих
b. Его непосредственную опасность для себя
c. Его непосредственную опасность для окружающих
d. Его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

e. Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

13 Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

a. Все лица без исключения

b. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке

c. Только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением

d. Только госпитализированные в недобровольном порядке

e. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

14 Основная часть Пациент, 18 лет. Согласно анамнезу: отец больного страдал алкоголизмом. По словам матери, с раннего детства отставал в психомоторном развитии - только к 3, 5 годам начал ходить и говорить. Перенес: корь, скарлатину, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 8 лет, два года учился в 1 классе, но не смог усвоить программу. Был переведен в коррекционную школу, с трудом окончил 6 классов. Профессии приобрести не смог. Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве.

Мать пациента жалуется на плохую сообразительность сына, инертность. При осмотре: пациент не может назвать текущего года, путает месяцы, вообще не знает сколько в году месяцев, путает их названия. Устный счет производит по пальцам, с ошибками. Читает по слогам медленно, многосложные слова произносит неправильно. Пишет только простые слова и только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню "Лиса и Журавль", не смог передать ее содержание, не понял смысла. Не может

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на клинических практических занятиях по результатам собеседования по контрольным вопросам, решения ситуационных задач, тестирования, написание психического статуса пациента психиатрического профиля. Оценка самостоятельной работы студента проводится по результатам тестирования, выполненного на

ЭИОП elearning. volgmed. ru. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости групп.

перечислить стороны света, из городов знает только Москву. Запас слов мал. Интереса к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал и рассматривает картинки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено. При эксперементально-психологическом исследовании: IQ = 52.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
2. Укажите ведущий психопатологический синдром.
3. Установите и обоснуйте диагноз.

15 Основная часть Пациентка, 23 года, студентка педагогического института. По характеру застенчивая, обидчивая, любит уединение. Учится хорошо; много занимается. Живет на частной квартире с хозяйкой. В течение последних 2-х месяцев у девушки конфликт с хозяйкой: та обвинила ее в краже денег. Пациентка чувствовала себя оскорбленной, хотела уйти на другую квартиру, но побоялась, что уход будет расценен как бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время много занималась в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамен с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о

тяжелой болезни сердца, часто щупала пульс: казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, думала о болезни, отмечалась бессонница. Терапевтом направлена в психоневрологичнский диспансер. На приеме у врача-психиатра: правильно ориентирована, подробно рассказывает о своей болезни. Переживает, что не сдала экзамен; боится, что не сможет больше учиться. Жалуется, что при чтении книг не может сосредоточиться, не может переносить яркого света в комнате, звуков телевизора, при занятиях быстро устает. Все время говорит о болезни сердца, щупает у себя пульс. Предъявляет жалобы на нарушение сна, снижение аппетита, плаксивость и раздражительность. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
2. Укажите ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациента.
3. Предположите диагноз.
4. Особенности взаимодействия с пациентом.
5. Ваши рекомендации.

Тема 3. 2. Органические и симптоматические психическое расстройства

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Парксинсона.

2. Основные симптомы сенильной деменции.

3. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и болезнь Пика.

4. Основные симптомы болезни Паркинсона.

5. Клиническая характеристика хореи Гентингтона.

6. Общая клиническая характеристика сосудистых заболеваний головного мозга.

7. Классификации сосудистых заболеваний головного мозга по МКБ-10.

8. Клиническая динамика сосудистых заболеваний головного мозга.

9. Особенности личностных изменений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

10 Апрозексия – это:

a. Неспособность к длительному сосредоточению
b. Полное отсутствие («выпадение») внимания
c. Повышенная переключаемость внимания
d. Сужение «поля внимания»

11 Обстоятельность является:

a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

12 Амнезия антероградная:

a. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики

b. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам

c. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек

d. Потеря способности запоминать текущие события

e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому расстройству психики), так и после него

13 Астазия-абазия:

a. Утрата способности к образованию ассоциативных связей

b. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки

c. Замедление всех психических процессов

d. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления

e. Бессвязность речи, сопровождающаяся повторением одних и тех же фраз и слов

14 Выраженные расстройства памяти характерны для:

a. Маниакально-депрессивного психоза

b. Расстройств личности

c. Невротических расстройств

d. Шизофрении

e. Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями

15 Закон Рибо – это:

a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов

b. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными

c. Принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминируемыми наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя

d. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти». Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению

e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту

16 Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:

a. Невротических расстройствах

b. Аффективных расстройствах

c. Реактивных психозах

d. Расстройствах личности

e. Шизофрении

f. Органическом поражении головного мозга

17 Пожилые люди:

a. Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события

b. Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал

c. Легче вспоминают что-то, чем узнают

d. Все ответы неверны

e. Все ответы верны

18 Растерянность (аффект недоумения) – это:

a. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому

b. Расстройства восприятия в виде ощущений и образов непроизвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)

c. Нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами. При внешней упорядоченности речь лишена содержания

d. Неистовое возбуждение, внезапно сменяющее заторможенность или ступор

e. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

19 Основная часть Больной М., 37 лет, сотрудник охранного предприятия. Жалобы на раздражительность, неустойчивое настроение. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отмечает, что с детства «укачивало» в транспорте, в жару терял сознание. Закончил школу, военное училище. Демобилизовался в возрасте 33 лет по сокращению штатов в звании капитана. Непродолжительное время служил в органах МВД, затем в охранной фирме. Служба связана с частыми суточными дежурствами. Всегда отличался упрямством, педантичностью, ответственностью, аккуратностью. На все имел свое мнение, с трудом принимает чужую точку зрения. Испытывал трудности в межличностных контактах. По характеру вспыльчивый, угрюмый. Женат, имеет ребенка. Жену ревнует, старается ограничить ее социальные контакты. Неоднократно среди ночи внезапно приезжал домой с дежурства. Объяснял свой приезд надуманным предлогом. Жене было очевидно, что он контролирует ее поведение.

Алкоголь употребляет с 14 лет. Длительное время алкоголь переносил плохо. После незначительных доз часто появлялась головная боль. Вместе с тем, алкоголь в количестве до 150 мл водки употребляет 3-4 в неделю, после дежурства, с целью «расслабиться». Пьет только дома. При употреблении 300 и более грамм водки появляется фонтанирующая рвота. Характерны эпизоды выпадения памяти на период опьянения. Кроме того, в состоянии опьянения бывает агрессивным, подозрительным.

Накануне вечер проводил с женой и ее подругой. Пили сухое вино и коньяк. Со слов жены выпил около 300 мл коньяка и 500 мл вина. Внезапно выключился из беседы. Взгляд стал отрешенным. Затем с нечленораздельным криком вскочил с места и начал метаться по кухне. «Был просто страшен». На обращенную к нему речь не реагировал. «Как будто нас не видел». Стереотипно выкрикивал одно слово «нет». Начал крушить мебель, бить посуду. Разрушительные действия были хаотичными. Через 10-15 минут обмяк, сел на пол, через минуту упал и заснул. Спал три часа. Не мог понять, что произошло. Категорически отказывался верить, что все сделал он.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. Мышление обстоятельное, вязкое. О себе рассказывает очень осторожно. Обдумывает каждый вопрос. Охотно говорит на отвлеченные темы, например, о политике, нравах в обществе. Возбуждается. Категоричен в суждениях и оценках. На сделанный врачом комплимент жене весь напрягся. Напуган тем, что произошло. Заявляет, что с «водкой закончено». От госпитализации отказался.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

20 Основная часть Больной М. Поступил в многопрофильную клинику с подозрением на

опухоль головного мозга. В день поступления жалобы не предъявляет, безучастно лежит в постели с отрешенным видом, на вопросы отвечает односложно, после нескольких повторений вопроса, в основном фразами «Да» или «Нет». К контактам не стремится, к окружающему безразличен. Правильно называет свою фамилию, имя и отчество. Назвать сегодняшнее число и день недели затрудняется. К вечеру перестал отвечать на вопросы, реагировал на обращение к нему и выполнял простейшие команды (открыть глаза, высунуть язык).

На следующий день в контакт не вступает, на обращение к нему не реагирует. В ответ на болевое раздражение морщится и отводит руку. Сухожильные и корнеальные рефлексы сохранены.

На третий день лежит в постели, в контакт не вступает, на болевые раздражители не реагирует, сухожильные и корнеальные рефлексы не вызываются.

Вопросы:

1. Какие синдромы наблюдались у пациента в 1, 2 и 3 день поступления в госпиталь?
2. К какой группе синдромов они относятся?

21 Основная часть Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Вопрос:

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

22 Основная часть Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена: сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся.

Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неутомим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулостатический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах

первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудов. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0, 5º/оо белка.

Вопрос:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Ваш диагноз?

Тема 3. 3. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Отличие взглядов на шизофрению Э. Крепелина и Е. Блейлера.

2. Основные этиологические концепции шизофрении.

3. Характеристика продуктивных и негативных синдромов при шизофрении.

4. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.

5. Клиника параноидной формы шизофрении.

6. Клиника простой формы шизофрении.

7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная.

8. Понятие «шизотипии» в психиатрии.

9. Клинические особенности шизотипических расстройств.

10. Клинические разновидности шизоаффективных психозов.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

11 Основными клиническими вариантами малопрогредиентной /вялотекущей/ шизофрении являются: малопрогредиентная шизофрения с явлениями деперсонализации (1); малопрогредиентная шизофрения с явлениями навязчивости (2); ипохондрическая шизофрения (3); галлюцинаторно-параноидный вариант (4); бедная симптомами шизофрения (5); малопрогредиентная шизофрения с истерическими проявлениями (6) Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3, 4, 5
b. 1, 2, 3, 5, 6
c. 1, 2, 4, 5, 6

12 Основными клиническими вариантами малопрогредиентной (вялотекущей) шизофрении являются: малопрогредиентная шизофрения с явлениями навязчивости (1); Галлюцинаторно-параноидный вариант (2); кататонический тип (3); малопрогредиентная шизофрения с явлениями деперсонализации (4); ипохондрическая шизофрения (5); малопрогредиентная шизофрения с истерическими проявлениями (6); бедная симптомами шизофрения (7)

Выберите правильное сочетание

a. 1, 3, 4, 5, 6
b. 1, 2, 3, 4, 5
c. 1, 4, 5, 6, 7

13 Резонерство, разноплановость и разорванность мышления характерны для:
a. Психопатий
b. Маниакально-депрессивного психоза
c. Эпилепсии
d. Невротических состояний
e. Шизофрении
f. Олигофрении

14 Абулия характерна для:
a. Психопатий
b. Шизофреническом дефекте
c. Алкогольных психозов
d. Органического поражения лобных долей головного мозга
e. Циклофрении

15 Бессвязность (инкогеренция) мышления – это:
a. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях
b. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний
c. Затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленность, крайней тягучестью
d. Неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций
e. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

16 Основная часть Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку… Стыдно. . . Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом. . . . Я черт, а не бог. . . Вы все с ума сойдете. . . У меня торможение. . . Хлорпромазин, а потом в магазин. . . » и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Вопросы:
1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром?
3. Вариант диагноза

17 Основная часть Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание

голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытие для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее». Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи…». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейролептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.

В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами: «заяц, драный заяц гедал…, полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.

ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции диэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.

Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне сохранности мнестических процессов.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

18 Основная часть Больной С, 25 лет, инвалид 2 группы, не работает. Жалобы на наличие внутри головы голосов мужских и женских, которые комментируют поступки, плохую память, бессонницу. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Младший из двух детей. По характеру был общительный, добрый, веселый. В школе в начальных классах учился хорошо. В подростковом возрасте изменился по характеру: стал черствым, грубым, враждебно относился к близким, общался в асоциальных группах сверстников, курил анашу, принимал димедрол, транквилизаторы, алкоголизировался, неоднократно уходил из дома, бродяжничал. Резко снизилась успеваемость, с трудом усваивал пройденный материал, пропускал занятия. К концу 10 класса учебу забросил, стал уединяться, потерял интерес к компании друзей, в основном находился дома, ничем не занимался. Практически не общался с родными, если же к нему обращались вопросами, то отвечал односложно или отмалчивался. Периодически отмечались периоды пониженного настроения, в такие моменты закрывался в своей комнате, залеживался, не проявлял интереса к окружающему, плохо ел. Перестал следить за своим внешним видом, отказывался мыться, чистить зубы. После окончания школы поступил в технический ВУЗ, но учиться не смог, через год бросил институт, после чего устроился на работу подсобным рабочим. Через 5 месяцев уволился с работы «было трудно работать». По настоящее время нигде не работает. Через несколько месяцев после увольнения с работы пропал из дома, был найден на даче. По возвращении домой, стал злобным, агрессивно реагировал на окружающих. Запрещал включать телевизор. Был проконсультирован психиатром, получал лечение, однако состояние не улучшилось, в связи с чем был госпитализирован в психиатрическую клинику. Состояние при поступлении характеризовалось аффективно-бредовым синдромом. После выписки быстро нарастала дефицитарная симптоматика по апато-абулическому варианту. Повторные госпитализации связаны с появлением сенестопатий, деперсонализационно-дереализационных переживаний, тревогой. Длительное время находится на поддерживающей терапии. В связи с ухудшением состояния в виде усиления тревожности, сенестопатий, вербальных псевдогаллюцинаций вновь поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус: Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. В беседе на вопросы отвечает после паузы, отрывистыми фразами. Затрудняется описать свои ощущения: «мозг накрыт бумагой», «мысли трудно собрать, невозможно сосредоточиться». Считает, что его мысли известны окружающим, а он может знать мысли других. Предъявляет жалобы на неприятные ощущения внутри позвоночника «труба внутри кости». Мышление аморфное, непоследовательное. Эмоционально тускл, однообразен, периодически на лице застывшая улыбка. Фон настроения неустойчив. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

Тема 3. 4. Аффективные расстройства.

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1 Основная часть Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому

персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Клинические симптомы и синдромы опишите
3.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

2 Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
3 Основные патогенетические теории аффективных расстройств.
4 Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
5 Облигатные симптомы депрессий.
6 Клиническая характеристика типичных вариантов депрессий.
7 Дифференциальная диагностика типичных и атипичных вариантов депрессий.
8 Клиническая характеристика атипичных вариантов депрессий.
9 Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.
10 Облигатные признаки маниакальных состояний.
11 Клинические разновидности маний.
12 Клинические варианты маниакальных состояний.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

13 Аффективные иллюзии относятся к:

a. Психосенсорным расстройствам
b. Функциональным галлюцинациям
c. Сенсопатиям
d. Патологическим иллюзиям

14 «Тоска», «тревога» относятся к группам симптомов:

a. Неустойчивости эмоциональной сферы
b. Снижения настроения
c. Качественного искажения эмоций

15 «Тоскливо-злобный» характер настроения обозначается как:

a. Дисфория
b. Дистимия
c. Гипотимия

16 Аффективная диссоциация:

a. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией

c. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений

d. Психическое расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность

e. Несоответствие содержания мышления аффективному фону

17 Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:

a. Маниакального
b. Параноидного
c. Кататонического
d. Астенического

18 Какие из перечисленных симптомов не относятся к основным признакам депрессии?

a. Сниженное настроение
b. Идеаторная заторможенность
c. Моторная заторможенность
d. Бредовые идеи самообвинения

19 Какие структуры мозга принимают наибольшее участие в формирование эмоций у человека?

a. Затылочная кора
b. Продолговатый мозг
c. Лимбическая система
d. Ретикулярная формация

20 Каковы основные функции эмоций?

a. Сигнальная
b. Энергетическая
c. Приспособительная
d. Регуляторная
e. Все ответы верны

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

21 Основная часть Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать, рычит, пытается ухватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он «изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки на ветку». Оставленный без присмотра ведет себя непредсказуемым образом: может сдернуть с больного одеяло, разбить окно; однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно выражается (но тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!». Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

22 Основная часть Больная Г., 51 г., обратилась в клинику психиатрии с жалобами на «потерю интереса к жизни», нарушение сна, «нежелание, что-либо делать», особенно в первой половине дня.

Заболела пять месяцев назад, когда после перенесенного стресса на работе у больной появились вышеперечисленные жалобы, лечилась амбулаторно, выраженного клинического эффекта не наблюдалось.

Наследственность психопатологически не отягощена, является единственным ребенком в семье, родилась от нормальной беременности и родов. Окончила школу, педагогический институт, работает по специальности – учителем начальных классов в гимназии. Замужем, отношения в семье ровные, имеет двух дочерей – 21 и 25 лет.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная не проявляет заинтересованности в беседе, речь замедленная, больная немногословна. Расстройств восприятия нет, мышление последовательное с выраженным замедлением темпа ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет, суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

Тема 3. 5. Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1 Невротическая астения в отличие от органической отражает:

a. Постоянство клиической картины
b. Четкую зависимость обострений от влияния физиогенных факторов
c. Ситуативную обусловленность
d. Стойкость симптоматики

2 Агарофобия является страхом:

a. Высоты
b. Сумасшествия
c. Заражения
d. Открытых пространств

3 Наиболее частым нарушением сердечного ритма при неврозах является:

a. Миграция источника ритма
b. Бигемения
c. Предсердная экстрасистолия
d. Синусовая тахикардия

4 Для невротической кардиалгии типично:

a. Боли в области верхушки сердца, левого соска, прекардиальной области без постоянной фиксации иррадиации
b. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, в левое плечо, в левую челюсть, в 4 и 5 пальцы левой кисти
c. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в шею
d. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю половину живота

5 Для невротической рвоты, возникающей по механизму индукции, характерны следующие клинические проявления:

a. Приступы рвоты носят возвратный характер без всяких пизнаков болезни между приступами

b. Рвота сопровождается вегетативными реакциями, выводится большое количество пищевой массы

c. Рвота носит характер срыгивания, вегетативные компоненты не выражены

d. Приступ рвоты сопровождается болями в животе, вздутием, громким урчанием и саливацией

6 Синдром нервной анорексии при неврозах включает в себя следующие характеристики:

a. Дисморфофобическую астению

b. Астению с явлениями раздражительной слабости и соматоэндокринные расстройства

c. Астению с явлениями раздражитеьной слабости, соматоэндокринные расстройства, кахексию и дисморфофобические переживания

d. Астению с явлениями раздражиельной слабости, соматоэндокринные расстройства и кахексию

7 К числу наиболее частых проявлений при истерии относится:

a. Большие истерические припадки

b. Соматоформные расстройства

c. Двигательные нарушения

d. Депрессия

8 Основным признаком соматизированного расстройства считается:

a. Наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов

b. Появление панических атак

c. Длительное снижение настроения

d. Обнаружение злоупотребления лекарствами

9 Синонимом психастении является:

a. Фобический раптус

b. Ананкастное расстройство личности

c. Навязчивые сомнения

d. Тревожно-мнительная акцентуация личности

10 Синонимом кардиофобии является:

a. Синдром да Коста

b. Психовегетативный синдром

c. Пролапс митрального клапана

d. Пароксизмальная тахикардия

11 Основным отличием невротического развития от психопатического развития является:

a. Хорошая реакция на проведение психотерапии

b. Менее выраженные признаки социальной дезадаптации

c. Эго-дистонность

d. Обратимость расстройств

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

12 Основные этио-патогенетические концепции невротических расстройств.

13 Психопатологические синдромы при невротических расстройствах.

14 Дифференциальная диагностика невротических и неврозоподобных расстройств.

15 Клиническая динамика основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах.

16 Проблема коморбидности невротических расстройств.

17 Клинические исходы невротических расстройств.

18 Фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

19 Клиническая характеристика тревожно – фобических расстройств.

20 Клиническая характеристика обсессивно-компульсивных расстройств.

21 Клиническая характеристика реакций на тяжелый стресс.

22 Диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства.

23 Клинические разновидности диссоциативные расстройств.

24 Клинические разновидности соматоформных расстройств.

25 Клиническая картина ипохондрического расстройства.

26 Клиническая характеристика неврастении.

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

27 **Основная часть** Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупо, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

28 Основная часть Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

29 Основная часть Пациент 36 лет пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении

последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

Тема 3. 6. Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость)

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Общие представления о «личности», структура личности.
2. Основные этиологические концепции личностных расстройств.
3. Критерии психопатий по П. Б. Ганушкину.
4. Отечественная классификация расстройств личности.
5. Классификация личностных расстройств по МКБ-10.
6. Клиника истерического расстройства личности
7. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности
8. Общие представления об акцентуантах
9. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.
10. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
11. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
12. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
13. Клинические критерии умственной отсталости.
14. Отечественная классификация умственной отсталости.
15. Классификация умственной отсталости по МКБ-10.
16. Клинические проявления различных степеней психического недоразвития при умственной отсталости.
17. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и деменции.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

18. Какие расстройства относятся к патологии развития:
a. Шизофрения
b. Умственная отсталость
c. Алкоголизм
d. Реактивные состояния
e. Расстройство личности
f. Травматические психозы

19 Какова величина коэффициента интеллекта (IQ) при легкой степени умственной отсталости (дебильности):
a. 0-19
b. 35-49

c. 50-69
d. 70-79

9 Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с расстройствами личности:
a. Годен к военной службе
b. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
c. Ограниченно годен к военной службе
d. Временно не годен к военной службе
e. Не годен к военной службе

10 Наиболее распространенными клиническими формами расстройств личности:
a. Возбудимая
b. Истерическая
c. Смешанная
d. Парафренная
e. Астеническая
f. Неустойчивая
g. Гебефреническая
h. Импульсивная

11 Основная причина декомпенсации расстройств личности:
a. Конфликтная ситуация
b. Перенесенная простуда
c. Употребление алкоголя
d. Смена стереотипа
e. Повышение нагрузок

12 Основной признак психопатической реакции:
a. Продолжительность
b. Несоответствие ответа силе раздражителя
c. Наличие судорог
d. Амнезия
e. Категоричность
f. Эгоистичность

13 Патология развития включает в себя:
a. Невротические расстройства
b. Аномалии развития характера
c. Эпилептические изменения личности
d. Изменения личности при наркоманиях
e. Умственное недоразвитие
f. Патологию личности при алкоголизме

14 По этиологическому признаку умственная отсталость подразделяется на:
a. Дифференцированную
b. Смешанную
c. Наследственную
d. Недифференцированную
e. Отдельные формы
f. Истинную

15 Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о расстройствах личности:

a. Балинский И. М.
b. Кербиков О. В.
c. Осипов В. П.
d. Ганнушкин П. Б.
e. Снежневский А. В.

16 Стадии динамики расстройств личности:

a. Компенсация
b. Дезадаптация
c. Неустойчивая компенсация
d. Дезинтеграция
e. Ремиссия
f. Декомпенсация

28 К методам предназначенным для исследования уровня интеллекта относится

a. Тест Спилбергера
b. MMPI
c. Методика Роттера
d. Тест Векслера

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

29 Основная часть У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.

Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интереса ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

2. Возможная этиология заболевания?

30 Основная часть В психиатрическую клинику на стационарное освидетельствование поступил гражданин Р., 18 лет, направленный психиатром призывной комиссии военного комиссариата при проведении обследования лицам призывного возраста, призванным в Вооруженные Силы. Из сопроводительной медицинской карты известно, что родился в срок, в возрасте 1, 5 года перенес корь, осложнившуюся энцефалитом, в 7 лет дважды переболел пневмонией, в 15 лет – закрытый перелом костей предплечья. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошел с 9 лет, окончил 3 класса «на одни тройки», в дальнейшем нигде не учился, «помогал дома по хозяйству». На осмотре сидит, низко свесив голову, голос тихий, слабо модулированный, речь примитивная, изобилует штампами. Конкретно-образное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Запас общеобразовательных знаний крайне мал, не знает таблицу умножений, основные исторические даты. Интеллект низкий, пословицы и поговорки понимает буквально, не может отличить главный смысл от второстепенного. В суждениях прямолинеен, умозаключения непродуманны, по-детски наивны. Немного обучаем, способен механически запомнить 5 из 10 названных слов, однако при выполнении методики «Исключение предметов» выбирает объект только по конкретным признакам (например, при предоставлении сапога, ботинка, тапочка и перчатки исключает сапог, потому что «он больше»). При тестировании с помощью методики Равена IQ получил 62 балла. В целом, умственное развитие соответствует 10-11 летнему подростку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?

31 Основная часть К семейному врачу обратилась служащая части по поводу «странностей» своего отца, 65 лет. По рассказам матери и бабушки, отец с детства отличался замкнутостью, активному общению со сверстниками предпочитал тихие уединенные занятия. В школьном возрасте проявил большие математические способности, в связи с чем был переведен в специальную математическую школу, однако к обыденной жизни, несмотря на нормальное воспитание, практически не был приспособлен: не мог разогреть суп, ставил сахарницу в холодильник, одевал разного цвета носки и т. д. Никогда не участвовал в коллективных играх, не любил новых знакомств, все свободное время проводил за чтением или склеиванием различных моделей. По окончании школы поступил сразу в два вуза, за время учебы и в дальнейшем запатентовал несколько рационализаторских открытий. В период ухаживания понравился своей будущей супруге начитанностью, интеллектуальной одаренностью, а на «некоторую чудаковатость» она старалась не обращать внимания. К появившимся в семье детям относился холодно, выполнял обязанности отца формально, переложив воспитание детей полностью на плечи матери. Категорически не принимал и не принимает никакого «внедрения» в личную жизнь, все делает по своему только ему понятному стереотипу (например, воду из-под каждой вымытой тарелки выносит выливать в унитаз, чтобы «не засорилась раковина», в результате чего процесс мытья посуды затягивается на несколько часов), причем, увлекаясь, нередко разговаривает сам с собой. Никогда не ходит вместе с супругой в гости, в общественные места, предпочитая сидеть дома и смотреть телевизор. Несколько лет назад родители собирались сделать дачу, и отец начал собирать различный стройматериал: гвозди, доски, оконные рамы. В скором времени от идеи постройки дачи отказались, но он все равно продолжает «для детей и внуков» приносить в дом различные гайки, шурупы, остатки старой мебели, в результате чего одна из комнат в квартире «превратилась в склад». На замечания и критику в свой адрес не реагирует, при попытке окружающих сделать что-либо против его воли (выбросить доски, самим помыть посуду) аффектируется, активно защищает свое «добро».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

32 Основная часть Больной М., 18 лет, направлен на обследование в связи со странностями в поведении. Из благополучной семьи, не болел. С раннего детства обращал на себя внимание обособленностью, замкнутостью, стремлением к одиночеству. Проявлял агрессивность к детям, мучил животных. В школьные годы отличался необычностью и серьезностью увлечений, отсутствием интереса к общественной жизни, не продуктивно занимался созданием собственной системы самоусовершенствования. Работал разнорабочим, безразлично относился к своим обязанностям, общался с коллегами избирательно, нарушал дисциплину, свои поступки не стремился объяснить. Периодически надолго уходил из дома то «для обдумывания научно-технических проблем», то для чего-то развел костер возле склада горючего. На замечания не реагировал. При обследовании в психиатрической клинике мало интересовался окружающим, был крайне замкнут, держался отгороженно от больных. Занимался обдумыванием абстрактных проблем. Безразлично относился к своей судьбе. Бреда и галлюцинаций не выявлял.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

33 Основная часть Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

Тема 3. 7. Общая наркология

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

1. Современное определение наркологии как самостоятельного раздела клинической психиатрии.

2. Содержание понятий психоактивное вещество, наркотическое вещество.

3. Содержание понятий токсикомания и наркомания.

4. Основные формы и методы профилактики наркоманий и алкоголизма.

5. Ранняя диагностика наркоманий и алкоголизма.

6. Основные данные по статистике психических и наркологических заболеваний.

7. Содержание Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав психически больных.

8. Содержание Закона о наркотиках и психотропных средствах.

9. Определения понятий «наркотики» и «психотропные средства».

10. Права граждан с наркологической и психической патологией, направляемых на амбулаторное и стационарное лечение.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

11. В соответствии с приказом МЗ РФ от 18. 12. 2015 г. № 933н по результатам освидетельствования определяется:

a. Факт алкогольного опьянения
b. Степень алкогольного опьянения
c. Состояние психической дейтельности
d. Неврологические нарушения

12. Оптимальное количество пациентов в наркологической психотерапевтической группе:

a. 2-4
b. 4-7
c. 7-10
d. 10-15
e. 20-15

13. Больного алкоголизмом с выраженной деградацией личности подозрительные люди могут, как утверждают родственники, вынудить продать за бесценок свою квартиру. Какой законодательный акт позволит защитить интересы пациента путем ограничения дееспособности?

a. Ст. 22 УК РФ.
b. Ст. 30 ГК РФ
c. Ст. 81 УК РФ
d. Ст. 99 УК РФ
e. Ст. 177 ГК РФ

14. Абстиненция это:

a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
b. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстрой
c. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
d. Потеря способности запоминать текущие события
e.
f. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность

15 Среди социальных факторов, имеющих отношение к развитию алкоголизма, выделяют:

a. алкогольную политику государства
b. обычаи ближайшего окружения
c. социальное положение индивидуума и его экономическую обеспеченность
d. этническую и религиозную принадлежность индивидуума
e. все варианты верны

16. Среди критериев, используемых при классификации алкоголизма, можно выделить все перечисленные, кроме:

a. клинико-динамических
b. социальных
c. психологических
d. синдромальных

e. экономических

17. Для симптома тотальной амнезии характерно:
a. возникновение на фоне выраженных нарушений моторики
b. запамятование значительной части периода опьянения
c. развитие на фоне сниженной толерантности при приеме небольших доз алкоголя
d. появление на этапе III стадии алкоголизма
e. все варианты верны

18. Для дистимического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая:
a. суточные колебания настроения
b. легкое возникновение подавленности, чувство безысходности или преувеличенной и мало обоснованной веселости, оптимизма
c. повышенное настроение, сопровождаемое не столько радостью, сколько взбудораженностью
d. аутохтонно возникающие пролонгированные стертые депрессии
e. многообразие аффективных реакций на имеющееся у них пьянство

19. Активность алкогольдегидрогеназы (АДГ) в гепатоцитах при алкогольном циррозе печени:
a. повышена
b. снижена
c. без изменений

20. При дифференциальной диагностике острого алкогольного гепатита от острого гепатита вирусной этиологии следует ориентироваться на все перечисленное, исключая:
a. повышение содержания мочевой кислоты в крови
b. значительный подъем ГГТП и ГДГ в сыворотке крови
c. увеличение печени и желтушность кожных покровов
d. отсутствие продромального периода
e. повышение уровня молочной кислоты в крови более, чем в 2-3 раза

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

21 Основная часть Больной А., 34 года, рабочий. На протяжении последних 10-12 лет злоупотребляет алкоголем, пьет по 5-7 дней в дозе 500-700 мл ежедневно, тяжело переносит похмелье, по поводу «тяги» к спиртному дважды лечился амбулаторно у нарколога, дома – частые конфликты с женой по поводу пьянства. На прием к психиатру доставлен супругой, со слов которой «три дня назад, после очередной пьянки, стал каким-то тревожным, к чему-то прислушивается, затыкает уши руками, с кем-то переговаривается, ругается». При осмотре: внешне – тревожен, суетлив, в то же время понимает, где находится и с кем беседует. Сообщает, что в последние дни стал «слышать» знакомые и незнакомые голоса, которые «идут с улицы, из соседних домов», «разговариваю с ними, как с живыми…». Уверен в реальности происходящего, переговаривается с ними, объяснить причину их возникновения не может, больным себя не считает.

Вопрос:
1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. Какие законодательные акты регулируют медицинскую помощь и права пациента?

Тема 3. 8. Частная наркология

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1. Основная часть У находящегося в наркологическом отделении больного Д., 40 лет, на выходе из алкогольного делирия обнаружилось резкое ухудшение памяти на текущие события. Больной не может запомнить только что встреченных лиц, найти свою палату, не знает, осматривал ли его врач, был ли завтрак, обед, не помнит числа, времени года, места нахождения. Только что услышанную речь или же содержание недавно прочитанного не может повторить. При этом факты давно прошедших лет хорошо помнит и воспроизводит во всех деталях и подробностях. Настроение благодушное с оттенком эйфории. Будущее Д. не заботит, а настоящее не огорчает. Отсутствие памяти на текущие события нередко компенсирует различными вымыслами, например, выйдя на нескольких минут из палаты, по возвращении на вопрос «где ты был?» ответил: «Старушка задержала… Переведи, говорит через дорогу, переведи…». Иногда диссимулирует нарушение памяти: дает уклончивые ответы или задает для отвлечения внимания собеседника встречные вопросы. Речь больного бедна словами, изобилует словесными штампами, стереотипными оборотами. Беседу поддерживает неохотно, внимание неустойчиво, поверхностно. Критика к своему состоянию формальная.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

2. Основная часть Больной М., 40 лет. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор пальцев, слабость, головную боль, беспокойство, бессонницу, «запойное» злоупотребление алкоголем. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Женат, имеет дочь 15 лет. В настоящее время работает авиадиспетчером. Впервые попробовал алкоголь в 16-летнем возрасте – выпил в компании одноклассников 250 мл крепленого вина, после чего на фоне опьянения была многократная рвота. До 35 лет алкоголь употреблял умеренно «по праздникам и выходным». Систематически употребляет алкоголь в течение последних 5 лет, с целью «расслабиться, снять напряжение». Пьет преимущественно крепкие спиртные напитки и пиво. Толерантность до 1 литра 40% водки в сутки. Отмечает «провалы в памяти» в состоянии опьянения. В последние два года отметил, что по утрам остро чувствует тягу к алкоголю, «разбитость», тошноту, потливость, дрожание рук, пребывает в плохом настроении, «все раздражает». Эти явления снимаются приемом 100-150 мл водки. Во второй половине дня вновь появляются и нарастают указанные явления. Пытается самостоятельно контролировать потребление алкоголя. В последний год воздерживается от любого алкогольного напитка в среднем около двух месяцев, потом следует «срыв». Указывает, что срыву предшествует «какое-нибудь событие: праздник, встреча с сослуживцами, неприятности по работе и т. д. ». Пьет запоем от 3 до 7 дней. Из запоя выходит с медицинской помощью – вызывает на дом врача-нарколога. Последнее употребление алкоголя в течение трех дней до 0, 5-0, 7 литра водки в сутки.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Лицо отечно, гиперемировано. Выраженный запах алкоголя изо рта. Температура тела 37, 1 град. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Тоны сердца ясные, звучные, границы в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выраженный дистальный гипергидроз, тремор пальцев рук, шаткость походки. Сознание не помрачено. Психотических расстройств нет. Настроение снижено. Контакт продуктивный, отвечает в плане задаваемых вопросов, извиняется, раскаивается. Неусидчив, тревожен, просит быстрее оказать помощь. Мышление без структурных нарушений, темп несколько замедлен. Интеллект в целом сохранный. Критика к своему заболеванию формальная.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?

2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

3. Основная часть Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, раскрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг -«безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли, тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

Вопросы:
1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

7 Ранняя диагностика наркоманий и алкоголизма.
8 Клинические особенности наркологической патологии в условиях «чрезвычайных ситуаций».
9 Основные этапы лечения химической зависимости.
10 Клиническая структура химической зависимости.
11 Ранняя диагностика химической зависимости.
12 Психофармакологические методы лечения.
13 Возможные осложнения психофармакологических методов лечения химической зависимости.
14 Критерии эффективности применения психофармакологических методов лечения химической зависимости.
15 Клинические показания для применения нефармакологических методов лечения химической зависимости.
16 Разновидности нефармакологических методов лечения химической зависимости.
17 Возможные осложнения нефармакологических методов лечения химической зависимости.
18 Критерии эффективности применения нефармакологических методов лечения химической зависимости.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

19 Нарколепсия – это:
а. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него

b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности

c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться

d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)

e. Болезненное состояние проявляющееся гипнолепсией, катаплексией, расстройствами ночного сна

20 Форма зависимости, при которой абстинентный синдром обычно отсутствует:

a. Опийная
b. От стимуляторов
c. Гашишная
d. От барбитуратов
e. От седативных препаратов

21. В соответствии с МКБ-10, наркотик кокаин относится к:

a. Алкалоидам опия
b. Каннабиоидам
c. Седативным средствам
d. Стимуляторам
e. Анаболикам

22. Основным видом обманов восприятия при алкогольном делирии являются:

a. Иллюзорные расстройства
b. Слуховые галлюцинации
c. Слуховые псевдогаллюцинации
d. Зрительные галлюцинации
e. Зрительные псевдогаллюцинации

23. Метадон относится к:

a. Опиатам
b. Психостимуляторам
c. Галлюциногенам
d. Бензодиазепинам

24. Основные этапы групповой динамики при лечении алкоголизма:

a. Начальный, основных мероприятий и завершающий
b. Знакомства, конфронтации, консолидации, совместной работы
c. Медикаментозного лечения, активного лечения, симптоматического лечения

25. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. Больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведение. Это:

a. Алкогольный делирий
b. Алкогольный галлюциноз
c. Острая энцефалопатия Гайе-Вернике
d. Корсаковский психоз
e. Алкогольный псевдопаралич

26. Больной в., 19 лет. сонлив, апатичен, временами что-то бормочет. установить речевой контакт не удается. Изо рта сильный запах алкоголя. кожа бледная, холодная, влажная. пульс частый, слабого наполнения и напряжения. ад 60/40 мм. рт. ст. тоны сердца глухие. Какова помощь?

a. Унитиол в/м
b. Диазепам в/м
c. Хлорпромазин в/м
d. Комбинация бемегрида, этимизола, кордиамина, кофеина на глюкозе в/в
e. Апоморфин п/к

27. По миновании тяжелой интоксикации алкоголем в течение нескольких дней не наблюдается:

a. адинамическая астения, нарушение сна
b. анорексия
c. тремор конечностей
d. повышенная потливость

28. Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме:

a. состояния напряженности, сопровождаемого недовольством, угрюмостью в сочетании с неприязнью и злобой
b. пониженно-тоскливого аффекта
c. придирчивости с агрессивностью
d. ощущения соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии
e. суицидальных мыслей, нередко сопровождаемых суицидальными действиями

29. Клиника эпилептоидного варианта измененного простого алкогольного опьянения выражается всем перечисленным, кроме:

a. двигательного возбуждения с аффектом раздражения и злобы
b. агрессии на малейшее противодействие вначале избирательной, а в дальнейшем направленной и на случайных лиц
c. двигательной и речевой стереотипии на высоте возбуждения
d. расстройства сознания по типу сумеречного
e. зависимости двигательного возбуждения и агрессии от особенности внешней ситуации

30. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, исключая:

a. общее недомогание, слабость, появление разнообразных болевых ощущений
b. изменение аппетита, ощущение жажды
c. потливость
d. оживление мимики при упоминании алкоголя
e. уменьшение частоты курения

31. Для синтонного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением:

a. аффективной ригидности
b. неразборчивости в контактах
c. поведения с оттенком грубоватости и цинизма
d. недооценки трудностей и беспечности
e. повышенного фона настроения, жизнерадостности

Раздел 4. Общая психотерапия

Тема 4. 1. Теоретико-методологические вопросы психотерапии. Интердисциплинарный характер психотерапии и её основы.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1 Согласно психоаналитической теории, тип психической деятельности, присущий бессознательному относится к:

a. Первичным процессам
b. Вторичным процессам
c. Смешанным процессам

2 В поведенческой психотерапии психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом стремится: к активному руководству лечебным процессом (1); быть наиболее искренним в выражении своих чувств (2); к использованию приемов поощрения и наказания (3); к обучению пациента самоконтролю (4); быть аутентичным (5)

a. 2, 3, 4
b. 3, 4, 5
c. 1, 3, 4
d. 1, 2, 3

3 Иррациональные установки в системе рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса имеют следующие характеристики: неосознаваемы (1); носят вероятностный характер (2); сверхгенерализированы (3); имеют характер предписания (4); связаны с длительными или неадекватными ситуациям эмоциями (5).

Выберите правильное сочетание

a. 1, 3, 4, 5
b. 1, 2, 3, 4
c. 3, 4, 5

4 Установите последовательность применения сконструированных терапевтических метафор (историй) по типу так называемой «спирали М. Эриксона»:
окончание первой истории (1); начало второй истории (2); рассказ основной истории (3); начало первой истории (4); окончание второй истории (5)
Выберите праильное сочетание

a. 3, 4, 2, 5, 1
b. 4, 2, 3, 5, 1
c. 4, 1, 2, 5, 3

5 Какое значение имеет семейное положение с точки зрения повышения риска развития депрессивных состояний:

a. Депрессии чаще возникают у лиц, состоящих в браке
b. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих тесных межличностных связей
c. Депрессии чаще возникают у лиц, продолжающих во взрослом состоянии проживать совместно с родителями
d. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих детей
e. Семейное положение и межличностные связи никак не влияют на риск развития депрессий

6 Установите правильный порядок смены основополагающих факторов развития детей младшего возраста по Э. Г. Эриксону: инициатива -чувство вины (1); автономия -стыд, сомнение (2); созидание -чувство неполноценности (3); доверие-недоверие (4) Выберите

правильное сочетание

a. 4, 1, 3, 2
b. 2, 1, 4, 3
c. 3, 2, 1, 4
d. 4, 2, 1, 3

7 Девочка 12, 5 лет. Воспитывалась по типу гиперпротекции. Несмотря на хорошие успехи в школе, мать считала ее «упрямой и ленивой». В начале 8 класса девочка получила несколько троек. Мать наказала ее. Обзывала. В ответ на это дочь стала грубой, перестала вообще делать уроки, объясняя свое поведение «все равно я дура», отказалась носить пальто, которое мать ей купила. Определите тип подростковой поведенческой реакции

a. Реакция компенсации
b. Реакция имитации
c. Реакция оппозиции
d. Отрицательная реакция имитации

8 Психотерапевт внешне выглядит большим мужчиной, говорит громким голосом, часто смеется, принимая женщину, которая говорила очень тихим голосом, медленно, сопровождая слова слезами. Он начал говорить тихо, медленно, не использовал шуток и не смеялся. Что означало такое поведение психотерапевта?

a. Давал возможность женщине высказаться
b. Применил прием присоединения по просадическим характеристикам речи
c. Устал на приеме
d. Переживал негативный контр-перенос

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

9 Из истории вопроса о психоанализе

10 Планы и цели психотерапевтического интервью.

11 Исторические истоки гештальт-терапии.

12 Цели и задачи гештальт-терапии

13 Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.

14 Общие характеристики «автоматических когниций».

15 Понятие инрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В. Н. Мясищеву).

16 Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Рационально-эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивно-поведенческая терапия А. Бека, мультимодальная терапия А. Лазарауса и др.

17 Экспрессивные методы психотерапии.

18 Систематическая десенсибилизация (основные этапы).

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

19 Основная часть Больной 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в

постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие законодательные акты регулируют права пациента 2) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент и в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз забол

Тема 4. 2. Психологические и социально-психологические вопросы психотерапии.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8

1. Стадии развития личности по З. Фрейду.
2. Топическая структура личности в психоанализе.
3. Понятие личности в гештальт-терапии.
4. Структура и стадии развития личности в гештальт-терапии.
5. Понятие характера и зрелой личности в гештальт-терапии. Моральные установки и основные черты гештальт-терапевта.
6. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.

7. Критерии диагностики неврозов. Негативная и позитивная диагностика невроза. Клинико-патогенетический анализ.
8. Диагностический этап в поведенческой терапии. Основные задачи. Критерии выбора мишени терапии.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

9 Согласно классической психоаналитической теории Фрейда «эдипов комплекс» появляется в возрасте от

a. От 1 года до 3 лет
b. От 3 лет до 5 лет
c. От 5 до 8 лет
d. От 8 до 12 лет

10 Определите, какие поведенческие реакции встречаются в норме у подростков

a. Реакция эмансипации
b. Реакция отказа
c. Реакция имитации
d. Реакция активного протеста

11 Согласно А. Адлеру существенной характеристикой личности является:

a. Ориентация интересов к внешнему /экстраверт/ или внутреннему /интраверт/ миру
b. Органический процесс оценки
c. Чувство общности
d. Защитный панцирь
e. Концепция стадийности психосексуального развития

12 Метод семантического дифференциалапредставляет собой:

a. Набор цветовых эталонов
b. Батарею стимульных слов
c. Набор зашумленных изображений
d. Перечень полярных шкал
e. Вопросник

12 Установите последовательность фаз развития ребенка с точки зрения психоаналитической теории: латентная (1); анальная (2); оральная (3); фаллическая (4) Выберите правильное сочетание

a. 3, 2, 4, 1
b. 3, 2, 1, 4
c. 2, 3, 4, 1
d. 1, 2, 3, 4

14 Первая беседа с пациентом, страдающим неврозом, мужчина 32 лет высказывает жалобы на неустойчивость настроения, расстройство засыпания, трудности в принятии решения относительно перехода на новую работу. Больным себя считает около 6 месяцев. Какую лечебную стратегию из периечисленных выберете?

a. Поведенческая психотерапия
b. Гипнотерапия
c. Когнитивная психотерапия
d. Психотропные препараты

14 Как определяется понятие «я» в теории гештальта?

a. «Я» -это сложная система контактов, необходимых для адаптации в сложном поле
b. «Я» -это структура внутренних переживаний, отношений
c. «Я» -это граница контакта

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

15 Основная часть Больная Ш., 20 лет обратилась с жалобами на нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, чувство собственной неполноценности, острое чувство одиночества, невозможность наладить отношения с окружающими из-за страха быть осмеянной, неприязнь к себе, раздражительность, вспыльчивость, тяжесть в голове, эпигастральной области, периодически возникающую тошноту, ухудшение памяти.

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье из двух детей, младшей сестре 16 лет. Беременность и роды матери проходили без особенностей. Со слов больной наследственность психопатологически не отягощена. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. Воспитывалась родителями. В школу пошла 7 лет, училась хорошо, окончила 11 классов, затем, поступила в университет.

Больная сформировалась замкнутой, пугливой и мнительной. Из-за косметического дефекта носа в школьные годы подвергалась травле со стороны сверстников. Сменила много школ по причине частых переездов, связанных со службой отца. В каждой новой школе больная самостоятельно стала занимать избегающую позицию, отгораживаться от социума, и в то же время она остро чувствовала необходимость в общении, участии в общественной жизни, сильным желанием больной было занять место лидера. Все время много читала, пыталась анализировать героев, старалась вынести полезное для себя, чтение приносило определенное облегчение. Родителям больная свои переживания не раскрывала по причине малого взаимопонимания.

Во время обучения в университете стала еще больше чувствовать страх перед общением с окружающими, страх быть осмеянной из-за собственной некрасивости, который стремилась подавить, разобраться в его причинах. Мысли покончить с собой появились около 3 лет назад, но, как отмечает больная, нежелание причинить боль родителям останавливает ее. В последнее время чувство собственной некрасивости, страх быть осмеянной, страх общения с окружающими достиг такого уровня, что больная не смогла ответить на простые вопросы на последнем экзамене. В связи с ухудшением состояния больная приняла решение госпитализироваться в психиатрическую клинику.

Психопатологический статус: сознание не нарушено, ориентирована верно, поведение упорядоченное. В беседу вступает легко, правильно отвечает на вопросы. Речь выразительная, хорошо модулированная, мимика живая, соответствовала переживаниям больной. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление последовательное, несколько замедленное, без структурных нарушений. Суждения глубокие. Обманов восприятия и бреда не выявляет. Настроение снижено, эмоциональный фон неустойчивый, тревожна. Двигательных нарушений нет.

Вопрос:

1. Определите психопатологический синдром, имеющиеся у больной
2. Назовите психотерапевтические и социо-психологические аспекты в терапии

Тема 4. 3. Динамическое направление и методы психотерапии

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
2. Из истории вопроса о психоанализе.
3. Методика проведения классического психоанализа и показания к нему.

4. Стадии развития личности по З. Фрейду.
5. Эдипов комплекс и его формирование.
6. Определение невроза по Б. Д. Карвасарскому. Невротические синдромы.
7. Понятие инрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В. Н. Мясищеву).
8. Школы психоанализа.
9. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП).
10. Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга.
11. Индивидуальная психология А. Адлера.
12. Характерологический анализ В. Райха.
13. Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

14 К какому методу психотерапии относятся следующие характеристики психотерапевтического процесса: активное лечебное вмешательство, высокий эмоциональный уровень, учет саногенного воздействия стресса?
a. Психодинамическая психотерапия
b. Эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова
c. Активирующая психотерапия Конторума
d. Патогенетическая психотерапия Мясищева

15 Лечебным фактором личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является
a. Эмоциональная поддержка
b. Медитация
c. Работа с чувствами, ощущениями
d. Внушение

16 Психоаналитик во взаимоотношениях с пациентом стремится
a. Быть наиболее искренним в выражении своих чувств
b. Подкреплять наиболее адаптивные реакции пациента
c. Оказывать суггестивное воздействие
d. Соблюдать «технический нейтралитет»

17 К методике личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии относится
a. Рефрейминг
b. Толкование сновидений
c. Осознавание причинно-следственных связей в системе отношений и переживаний посредством анализа прошлого жизненного опыта
d. Свободные ассоциации

18 Основной задачей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является
a. Осознание пациентом собственных мотивов, отношений, конфликтов и характерных защитных механизмов
b. Устранение симптомов
c. Бессознательные психические процессы должны быть как можно более глубоко раскрыты и представлены сознанию
d. Выработка и закрепление желаемых форм поведения

19 Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия относится к

следующим направлениям психотерапии

a. Экзистенциальному
b. Гуманистическому
c. Поведенческому
d. Динамическому

20 Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия стремится реализовать следующую лечебную цель

a. Реконструкция способов переживания, восприятия пациентом себя самого и своих отношений с другими
b. Рост потенциала личности или повышение сил и возможностей человека посредством процессов интеграции и развития
c. Формирование и укрепление способности к действиям, приобретение навыков, позволяющих улучшить самоконтроль
d. Реконструкция структуры характера с ослаблением психологической защиты

21 К приему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии относится

a. Диалог между частями собственной личности
b. Истолкование причинно-следственных связей между конфликтами и дезадаптивными стереотипами системы отношений
c. Моделирование
d. Советы относительно способов решения трудной ситуации

22 Лечебным фактором личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является

a. Работа с чувствами, ощущениями
b. Внушение
c. Эмоциональная поддержка
d. Медитация

23 Функции вспомогательного «Эго» в аналитической психодраме

a. Помогать протагонисту моделировать его представления
b. Разрешать собственные проблемы
c. Реализовывать замыслы режиссера
d. Оказывать эмоциональную поддержку протагонисту

24 Истерический тип невротического конфликта, согласно В. Н. Мясищева, определяется:

a. Борьбой между желанием и долгом, между моральными пинципами и личными привязанностями
b. Повышенной требовательностью к себе
c. Отсутствием положительных подкреплений и выраженной потребностью проявить себя и получить признание
d. противоречиями между возможностями личности и чрезмерной потребностью в достижениях

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

25 Основная часть Больная Б., 21 года, обратилась с жалобами на «страх потерять контроль над физиологическими функциями – страх потерять контроль над мочеиспусканием в присутствии других людей», сопровождающийся чувством жара, зудом в области гениталий, невозможностью сосредоточиться, повышенную утомляемость, нарушение сна.

Родилась младшим ребенком в семье из двоих детей. Родители здоровы. В 5-летнем возрасте на фоне гриппа с высокой температурой был однократно развернутый судорожный припадок. В школу пошла в возрасте 6-и лет, училась хорошо, по окончании школы поступила в техникум, в настоящее время обучается на втором курсе.

По характеру вспыльчивая, долго отходит, если ее кто-нибудь разозлит. Общительная, эмоциональная, тепло относится родителям, сестре. Изменений в характере, интересах, привязанностях не отмечает.

Причиной болезни считает события детства, когда в детском саду заставляли ложиться спать, не пускали в туалет. В возрасте 6-и лет был период, когда все время хотелось помочиться, не могла ездить в транспорте. Это состояние длилось около месяца, прошло без лечения. В последующем признаки заболевания не отмечались. Полгода назад, когда в течение нескольких часов не имела возможности зайти в туалет, помочилась в парадной. После этого вспомнила, что с ней было в детстве, и появился навязчивый страх, что захочет в туалет в неподходящем месте и не сможет помочиться. Стала перед уходом из дома по несколько раз забегать в туалет, не смогла ездить в транспорте. А в последнее время не смогла сидеть на занятиях, все время выбегает в туалет, не может сосредоточиться. Не может себя контролировать, появляется паника, представляет, что с ней может произойти, трясется от страха, бросает то в жар, то в холод.

Летом занималась с психотерапевтом в течение 3-х месяцев без эффекта, принимала грандаксин. В компании с друзьями, на дискотеках, дома проблем этих нет – страх возникает тогда, когда нет возможности свободно зайти в туалет.

Психическое состояние: все виды ориентировки сохранены, контактна, настроение умеренно снижено. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, фиксирована на мысли потерять контроль над мочеиспусканием. Суицидальных мыслей нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. В психодинамическом подходе тактика психотерапии

26 Основная часть Больной Н., 24 года. Многочисленные жалобы на головную боль, тошноту, плохой сон, слабость. Кроме того, Н. заявил, что ему «кажется» возможность развития у него инфаркта или инсульта, как было у его бабушки в 72 года. При последующих многочисленных амбулаторных и стационарных обследованиях никакой соматической патологии выявлено не было. В процессе общения с Н. выяснилось, что он с детства отличался застенчивостью, склонностью к тревожным опасениям, повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, боязливостью. Рос и воспитывался единственным ребенком в семье педагогов. С детства был окружен вниманием и заботой. Никаких серьезных психотравмирующих событий в памяти не отложилось. Вспоминает, что долгое время боялся темноты, опасался незнакомых людей, новых впечатлений. С детства верил в различного рода приметы, например, чтобы избежать плохой отметки, в школу ходил только определенной дорогой, по лестнице поднимался, переступая через ступеньку, во время экзамена всегда брал билет левой рукой и т. п. Всегда был склонен к сомнениям в правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Тип конфликта по В. Н. Мясищему

Тема 4. 4. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии.

2. Классическая и оперантная теории научения в трудах И. П. Павлова и Б. Ф. Скиннера.

2. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии.

3. Когнитивная психотерапия Бека.

4. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса.

5. Нейролингвистическое программирование (НЛП).

6. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.

7. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии

8. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии

9. Интернет – зависимость. Типология, диагностика, значение ACE-модели К. Янг.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

10. Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговорами, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, они могут продолжить так до конца занятия. Психотерапевт говорит, что их разговор о политике может содержать что-то общее с интересом к взаимным отношениям -к «политике» внутри группы. Какой тип вмешательства использовал психотерапевт?

a. Эмоциональная поддержка
b. Непрямое руководство
c. Разъяснение, интерпретация
d. Конфронтация

11. Первая беседа с пациентом, страдающим неврозом, мужчина 32 лет высказывает жалобы на неустойчивость настроения, расстройство засыпания, трудности в принятии решения относительно перехода на новую работу. Больным себя считает около 6 месяцев. Какую лечебную стратегию из периечисленных выберете?

a. Психотропные препараты
b. Когнитивная психотерапия
c. Поведенческая психотерапия
d. Гипнотерапия

12. Первая встреча с пациенткой, страдающей неврозом. Женщина 28 лет, жалуется на страх нахождения в лифте. Страх нападения и изнасилования в лифте, страх смерти от возможного падения лифта развились в период конфликта и последующего развода с мужем. Страхи сохраняются в течение трех лет. Какой из перечисленных методов вы используете?

a. Метод наводнения
b. Когнитивная психотерапия
c. Психотропные препараты
d. Систематическая десенсебилизация

13. Проведение нескольких сеансов систематической десенситизации с пациенткой, страдающей страхом высоты, оказалось неуспешным из-за неспособности ее четко вообразить проблемные ситуации. Ваша тактика в данном случае?

a. Использовать технику имплозии
b. Использовать технику наводнения
c. Временно прервать лечение, обучить пациентку представлять нейтральные ситуации. Возобновить систематическую десенситизацию

d. Продолжить лечение, не вводя какие-либо модификации

21 Эффективность поведенческой психотерапии зависит от
a. Выраженности эмпатического потенциала пациента
b. Психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
c. Способности пациента к экспрессивному поведению
d. Старательности, настойчивости пациента, воображения

22 Методика поведенческой психотерапии, ориентированная на достижение лечебного эффекта по принципу «от противного» называется
a. Методикой парадоксальной интенции
b. Методикой наводнения
c. Методикой оперантного обусловливания
d. Методикой имплозии

23 Когнитивное направление психотерапии преследует следующие цели
a. Идентификацию ложных установок и эмоциональное отреагирование
b. Идентификацию ложных установок и их реконструкцию
c. Идентификацию ложных установок и выяснение их генеза

24 О каком варианте когнитивного искажения свидетельствует высказывание пациента: «все, что я ни делаю – плохо»?
a. Генерализация
b. Селективная выборка
c. Персонализация
d. Долженствование

25 Техника эксплуатации ремиссий является техникой
a. Групповой психотерапии
b. Нейролингвистмческого программирования
c. Краткосрочной сфокусированной на решении проблем терапии

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

26 Основная часть Больной И., 30 лет, капитан 3 ранга. Из анамнеза: Воспитывался в условиях гиперопеки, в детстве часто болел простудными заболеваниями. В возрасте 4-7 лет наблюдались умеренные явления логоневроза. Сформировался мнительным, впечатлительным. Во время учебы в Нахимовском училище неоднократно перед экзаменами «испытывал сильное волнение, сопровождавшееся выраженным мышечным тремором». После военно-морского училища проходил службу на различных должностях, по службе продвигался успешно, однако «всегда тяжело переживал конфликтные ситуации». За 4 года до обращения в клинику стал невольным свидетелем смерти родственника жены от сердечного приступа, неожиданно потерял сознание. Скорой помощью был госпитализирован в городскую больницу с подозрением на инфаркт миокарда, но диагноз при обследовании не подтвердился. С этого времени периодически возникали «приступы», во время которых чувствовал резкую слабость в нижних конечностях, нехватку воздуха, головокружение. Периодически стал отмечать головные боли, разнообразные мигрирующие болезненные ощущения в различных частях тела, диарею, чувство сердцебиения, нарушения сна. В начале заболевания «приступы» провоцировались отрицательными эмоциональными переживаниями, в дальнейшем стали возникать под действием нейтральных раздражителей. Постепенно «приступы» учащались,

стали возникать по несколько раз в день. Появилось «ожидание и страх возникновения этих состояний». Больной перестал пользоваться метро, старался раньше уйти с работы. В связи с болезненными проявлениями ухудшились взаимоотношения в коллективе, часто стали возникать конфликты с командованием, испытывал трудности в исполнении своих служебных обязанностей, снизилась работоспособность. Во время госпитализации заявил, что тяготится службой, был настроен на увольнение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы способствовали развитию болезни?
3. При каких условиях, на Ваш взгляд, может произойти значительное улучшение в течении заболевания с позиций КПТ?

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

27 Пример копинг-стратегий и карточек при работе с человеком, испытывающим страх публичных выступлений

17 С позиции АВС системы из КПТ предложите пример ситуация-мысль-действие.

Тема 4. 5. Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) направление психотерапии. Основные подходы (философский, соматический, духовный) и их представители.

2 Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.

3 Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Л. Бинсвангер, В. Франкл, Р. Мей, И. Ялом, Д. Бьюдженталь и их подходы в экзистенциальной психотерапии.

4. Гештальт-терапия. Основные положения учения Ф. Перлса. Феноменологический подход в гештальт-терапии

5. Клиент-центрированная психотерапия.

6 Логотерапия В. Франкла.

7. Психосинтез.

8. Основные теоретические источники гештальт-терапии

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

9. Гештальт-психология, концепция Райха о связи тела и разума, восточная философия (дзен-буддизм), экзистенциальная философия

a. Психоанализ Фрейда, психодрама Морено, гештальт-психология
b. Гештальт-психология
c. Психодрама Морено, гештальт-психология

10 Как определяется понятие «я» в теории гештальта?

a. «Я» -это структура внутренних переживаний, отношений
b. «Я» -это граница контакта
c. «Я» -это сложная система контактов, необходимых для адаптации в сложном поле

11 Как определяется в гештальт-терапии сознание

a. Осознание реальности «здесь и сейчас»

b. Функция психики, отражающая внешнюю и внутреннюю реальность
c. Стремление к модификации диалектики

12 С какой целью применяются телесно-ориентированные техники в гештальт-терапии?
a. Сопротивления, восстановление адекватной границы
b. Облегчение контакта в цикле опыта
c. Осознавание актуального переживания, преодолевание механизмов
d. Восстановление адекватного функционироания Ego функции

13 Диагностический ключ в гештальт-терапии это
a. Индикатор существования действительных внутриличностных конфликтов
b. Индикатор существования возможных внутриличностных конфликтов
c. Индикатор возможной точки начала психотерапевтической работы
d. Все указанное

14 В гештальт-терапии супрессивные техники (по наранхо) это
a. Техники, которые помогают осознать избегания, прерывание контакта с реальностью
b. Техники, которые позволяют лучше осознать бессознательную мотивацию
c. Техники, которые позволяют провести переобучение пациента

15 Методика «парадоксальной интенции», разработанная В. Франклом, относится к
a. Клиент-центрированной психотерапии
b. Психоаналитической терапии
c. Поведенческой психотерапии
d. Рациональной психотерапии

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

16 Основная часть Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя

претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсикоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

17 Основная часть Больная П., 1954 г. р. Поступила с жалобами на внутреннюю тревогу, плаксивость, страх за сыновей, мужа, «ком в глотке, сдавливающий обруч на голове», раздражительность, нарушение засыпания, снижение аппетита, несобранность, рассеянность, трудность сосредоточиться, чувство брошенности.

Считает себя больной с начала прошлого года. В новогоднюю ночь старший сын знакомится с замужней женщиной, имеющей дочь, добивается ее развода, переезжает в ее квартиру и сожительствует с ней. Больная впервые видит сожительницу сына, когда та приходит к ним домой с известием об аппендектомии сына, с этого момента больная начинает активно противодействовать намечающемуся союзу, но безуспешно – «подрывается здоровье». В начале стала беспокоить тревога за сына и трудности с засыпанием – «рой мыслей не дает уснуть», затем «апатия – ничего не хочется делать», появляется чувство «кома в глотке, сдавливающего обруча на голове». В конце весны решила себя «подстегнуть» – приняла контрастный душ, цели не достигла, но сильно простудилась. Начала ходить по врачам, стала очень мнительной – прислушивалась ко всем услышанным ею случайно словам, даже не в ее адрес, переносить на себя, давать негативную оценку, но при соответствующем разъяснении, разубеждении с аргументацией соглашалась и начинала с критикой относиться к своим недавним переживаниям. Проходила лечение противотревожными средствами и гипносуггестивной терапией у психотерапевта по поводу невротического состояния, но с непродолжительным успехом. В мае-июне появились панические атаки, которые в июле «сменились какой-то тревожной рассеянностью». В последнее время появилась слезливость. Состояние ухудшалось с каждой новой психотравмой: «сын ушел к женщине, решил жениться на ней, у нее дурная дочка – все время орет, у нее припадки, она заставляет его бросить училище, он подал заявление на отчисление, у него нет работы, скоро свадьба». Особо тяжело больная переносит собственное одиночество: «чувство опустошенности, страх этой пустоты – была всем нужна, а теперь муж по командировкам, младший в училище, старший женится – я никому не нужна». За день до свадьбы старшего сына в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в психиатрическую клинику.

На момент поступления психопатологическая симптоматика имела следующие особенности: легко вступала в беседу, говорила сквозь слезы, с трудом концентрировалась на задаваемых вопросах, жалобы формулировала с большим трудом, постоянно переходила на психотравмирующие моменты, искала поддержку, в поведении была упорядочена, быстро вписалась в режим отделения, без нарушений сознания, с сохраненной ориентировкой, без грубых интеллектуально-мнестических нарушений, обманов восприятия, структурных и продуктивных расстройств мышления, двигательных расстройств. Аффективные нарушения определялись пониженным настроением, без суточных колебаний, с тревогой, страхом за сына, мужа. Засыпала с трудом. Аппетит был снижен. Без суицидальных тенденций. К своему состоянию относилась с эгоцентрической критикой.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Экзистенциальные возможные проблемы пациентки?

Тема 4. 6. Основные формы психотерапии

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

1. Индивидуальная психотерапия

2. Семейная психотерапия.

3. Групповая психотерапия.

4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество

5. Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.

6. Охарактеризуйте основные организационные формы групповой арт-терапии (динамическая, студийная, тематическая группы), их процессуально-технологические особенности и показания к применению.

7. Опишите фазы группой психотерапии, ориентированной на динамику группы. Структура, состав и размер

8. психотерапевтической группы. Групповые нормы.

9. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.

10. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

11 Определите оптимальную последовательность проведения психопрофилактических мероприятий при расстройствах поведения у подростков: семейная психотерапия (1); индивидуальная психотерапия (2); групповая психотерапия (3); назначение корректоров поведения (4).

Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3, 4
b. 1, 3, 4, 2
c. 1, 2, 4, 3
d. 3, 2, 1, 4

12 Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговорами, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, они могут продолжить так до конца занятия. Психотерапевт говорит, что их разговор о политике может содержать что-то общее с интересом к взаимным отношениям -к «политике» внутри группы. Какой тип вмешательства использовал психотерапевт?

a. Эмоциональная поддержка
b. Непрямое руководство
c. Конфронтация
d. Разъяснение, интерпретация

13 Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговором, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, что они могут продолжать до конца занятия. Психотерапевт предлагает говорить о непосредственных делах, описывает дискуссию как светский разговор с целью развлечения общества, спрашивает, почему они говорят о политике. Какой тип реакции использовал психотерапевт?

a. Разъяснение, интерпретация

b. Непрямое руководство
c. Конфронтация
d. Недирективность

14 Группа аналитической психодрамы начинает работу. Продолжительность занятия 2 часа. В течение этого времени можно проиграть только одну психодраму. Группа состоит из 10 человек. Заявку на участие сделали 3 человека, кратко рассказав о своей проблеме. Как сделать выбор – кто будет протагонистом?
a. Определить соответствие проблемы возможностям участника и группы
b. Назначит режиссер
c. Кандидаты договорятся между собой
d. Голосование

15 Для какого метода психотерапии наиболее показан принцип включения в группу однотипных пар акцентуаций личности
a. Аналитической психодрамы
b. Групповой психотерапии
c. Коллективного гипноза
d. Игровой психотерапии

16 Что с точки зрения Д. Л. Морено детерминирует ролевое поведение человека
a. Симпатия-антипатия
b. Внутриличностный конфликт
c. Импритинг
d. Научение

17 Что делает аналитическую психодраму доступной людям разных возрастов и культур?
a. Простота
b. Использование перемены ролей
c. Разогрев
d. Использование прото-языка-игры

18 Социальная реабилитация больных алкоголизмом включает в себя (главным образом):
a. Косвенную психотерапию (поддерживающую психотерапию)
b. Гипносуггестивную психотерапию
c. Аутогенную тренировку
d. Групповую психотерапию

19 При проведении системной супружеской терапии в случае вторичных нарушений эрекции на первый план выступает
a. Изменение аттитюдов
b. Взаимная ответственность
c. Информация и образование

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

20 Основная часть Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить

вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой вариант групповой терапии можно предложить пациенту

21 Основная часть Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Возможный формат психотерапии?

Тема 4. 7. Отдельные методы психотерапии

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1 Понятие альтернативной психотерапии. Характеристики альтернативного целителя и пациента альтернативного целителя. Причины распространения. Тактика врача-психотерапевта.

2 Поведенческий анализ как этап поведенческой терапии. Основные задачи.

3 Охарактеризуйте основные области и связанные с ними задачи практического применения арт-терапии.

4 Какие основные концептуальные положения и принципы составляют основу теории и методологии «классической» арт-терапии (психодинамическая модель)?

5 Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).

6 Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях.

7 Как определить иррациональные убеждения. Этап опровержения иррациональных установок. Классификация техник этого этапа (жесткие, легкие, объективные, интегративные).

8 Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?

9 Этика телесно -ориентированной психотерапии
10 Базовые техники телесноориентированной психотерапии.
11 Каковы абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии?

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

12 Автором франкционного гипноза был
a. Фогт
b. Бернгейм
c. Шарко
d. Эриксон

13 Гипнотический транс, в соответствии с представлениями М. Эриксона, является выражением
a. Регрессивным наследственным качеством
b. Специфической формы бодрствования
c. Процесса перестройки поля внимания при его направленности внутрь собственного мира переживаний и внушаемых образов
d. Измененного состояния «Эго», приносящего определенное удовлетворение

14 Пробы на внушаемость предназначены для
a. Установления контакта
b. Концентрации внимания
c. Преодоления опасений пациента
d. Усиления веры пациента в воможность быть загипнотизированным

15 Терапевтическую эффективность гипноза прежде всего определяет
a. Особенности взаимоотношений психотерапевт-пациент
b. Длительность пребывания в гипнотическом состоянии
c. Повышенная гипнабельность
d. Содержание лечебных внушений

16 Отслеживание глазодвигательных реакций клиента имеет значение для
a. Установления контакта
b. Концентрация внимания на лице
c. Понимания пациента
d. Не имеет большого значения

17 Принцип баланса структуры и содержания на сеансе психотерапии наиболее характерен для методов психотерапии
a. Современной модели аналитической психодрамы
b. Групповой
c. Семейной
d. Онтогенетически-ориентированной

18 Выберите правильное определение аналитической психодрамы
a. Групповая «свободно парящая дискуссия»
b. Групповое обсуждение трудных ситуаций
c. Метод, интегрирующий психодраму, социометрию и групповую психотерапию
d. Драматизация представлений пациента

19 Дайте определение «протагонист»
a. Главный исполнитель психодраматической сцены
b. Первый, кто делает заявку на участие в групповой психотерапии
c. Участник, которого назначает психотерапевт на роль игрока
d. Участник, переживающий наибольшую фрустрацию

20 Выберите ролевые категории, используемые в аналитической психодраме
a. Паталогизирующие роли
b. Козел отпущения, эксперт, лидер
c. Конвенциальные роли
d. Соматические, психологические, социальные, экзистенциальные

21 Укажите на необходимое условие для проигрывания сновидений в аналитической психодраме
a. Сцена
b. Кровать
c. Вспомогательное Эго
d. Хорошая память на сновидения

22 Укажите на основную ошибку при проведении семейной психотерапии у подростков с нарушениями поведения
a. Обвинение родителей в их неудачах
b. Раздельная встреча с подростком и родителями
c. Включение подростка в групповую психотерапию
d. Недирективная позиция психотерапевта

23 Главные методы психодрамы. Вариантов данного метода психотерапии существует много, но главные из них это: двойник, монолог, метод отображения, взаимный обмен.

Двойник -Суть метода заключается в чем?

24 *Возможности монодрамы. Когда психодрама ответственно применяется в ситуации консультирования один на один, то по сравнению с вербальными аналитическими подходами у нее есть некоторые преимущества.*

Действие становится частью "здесь-и-теперь" -ситуации, следовательно события из прошлого или будущего привносятся в "реальность" настоящего.

"Реалистичность" переживаний клиента усиливается, когда в кабинет психодраматически вводятся значимые для клиента люди, предметы, помещения и т. п.

Благодаря проигрыванию в действии, психодрама предоставляет клиенту возможность поэкспериментировать с новыми для него способами поведения.

Психодрама подчеркивает значимость спонтанности и творческой способности клиента.

Такие техники, как обмен ролями, дублирование, конкретизация полезны, когда терапевт сталкивается с проблемами переноса и контрпереноса.

... большинство психотерапевтов ведет индивидуальный прием в кабинете. Это пространство представляет собой сцену, на которой они работают. Поэтому терапевт, склонный к ослаблению творческой способности и осознанности, может почувствовать себя более удобно и раскованно.

Приведите клинический пример использования монодрамы

Раздел 5. Частная психотерапия

Тема 5. 1. Психотерапия в клинике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1. Клиническая динамика основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах.

2. Клинические исходы невротических расстройств.

3. Фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

4. Клиническая характеристика тревожно – фобических расстройств.

5. Клиническая характеристика обсессивно-компульсивных расстройств.

6. Клиническая характеристика реакций на тяжелый стресс.

7. Диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства.

8. Клинические разновидности диссоциативные расстройств.

9. Клинические разновидности соматоформных расстройств.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

10 Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, поиски мнимых заболеваний характеризуют синдром:

a. Обсессивно-фобический
b. Гебефренический
c. Ипохондрический
d. Депрессивный
e. Астенический

11 В клинической картине ПТСР характерны следующие признаки:

a. Ослабление памяти
b. Навязчивые воспоминания о психотравме
c. Повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму
d. Галлюцинации
e. Бредовые идеи
f. Помрачение сознания

12 В основе этиологии ПТСР лежит:

a. Неблагоприятная наследственность
b. Психическая травма
c. Физиогенные и соматогенные факторы
d. Интоксикационные факторы

13 Какое из приведенных заболеваний можно отнести к «Расстройствам, связанным со стрессом» (МКБ-10)?

a. Тревожное расстройство
b. Неврастения
c. Шизофрения
d. Расстройство адаптации
e. Депрессивный эпизод

14 Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10):

a. Возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс

b. Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера

c. Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию

d. Состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами

e. Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет

15 Основными методами оказания помощи пострадавшим с реакциями боевого стресса являются:

a. Предоставление нескольких часов сна и отдыха в сочетании с психокоррекционными мероприятиями

b. Физическое ограничение

c. Введение литических смесей с хлорпромазином

d. Курсовое лечение транквилизаторами и антидепрессантами

e. Эфирный рауш-наркоз, «кальциевый удар», токи Кауфмана

f. Когнитивно-поведенческая психотерапия, наркогипнотерапия

16 Основной причиной развития невротической симптоматики у детей является

a. Отягощенная наследственность

b. Резидуально-органические нарушения

c. Несоответствие темперамента и типа семейного воспитания

d. Соматическое заболевание

17 Конверсионные симптомы отличаются от соматических (органических) тем, что: утрата функции соответствует представлению пациента о том, как работает его тело, а не данным анатомии и физиологии (1); можно доказать, что симптом выполняет некоторую функцию в жизни пациента (2);пациент вырабатывает особое отношение к симптому, обычно отмеченное либо театральностью, либо безразличием (3); симптом подтвержждается структурными (тканевым, органным) дефектом (4)

Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3

b. 1, 2, 3, 4

c. 1, 3

d. 2, 4

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

18 Основная часть К врачу общей практики обратился больной Ч., 42 года, с просьбой помочь ему найти квалифицированных дерматовенерологов. При беседе выяснилось, что несколько месяцев назад Ч. после интимной связи с соседкой обнаружил у себя на предплечье два «волдырика». Так как соседка ревновала его к прежней сожительнице, Ч. решил, что она специально укусила во сне, а затем место укуса чем-то смазала, чтобы заразить его венерической болезнью. В последствии стал «находить» у себя признаки этой «страшной болезни» – бронхит, частый насморк, изжогу, кашель, отделение мокроты. Неоднократно посещал различные венерологические диспансеры с требованием самого тщательного обследования на предмет наличия у него вензаболевания. Получая отрицательные результаты лабораторных исследований и заключения врачей об отсутствии у него какой-либо патологии, не верил этому, игнорировал их, оставаясь глубоко убежденным в наличии у него венерического заболевания.

Из анамнеза известно, что мать пациента страдала биполярным аффективным растройством,

сам Ч. длительное время занимался рукопашным боем, неоднократно получал травмы головы. В настоящее время страдает ишемической болезнью сердца, компенсированным сахарным диабетом II типа (подтверждено медицинскими документами). В беседе обстоятелен, скрупулезен даже в малозначительных деталях. Настаивает на том, чтобы врач «свел» его с «нормальными специалистами» в Москве или С. -Петербурге, при этом разговаривает эмоционально, одержимый решительностью избавиться от «недуга».

Вопрос:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Вариант психотерапии?

19 Основная часть Пациент А. 36 лет поступил в Отделение неврозов Института Бехтерева со повышенной тревожностью, нарушенным сном, страхом сердечного удара и смерти.

Из анамнеза жизни: Женат, есть сын 8 лет, работает ведущим инженером на заводе. По характер мягкий, исполнительный, трудолюбивый.

Хронических и острых клинически значимых соматических заболеваний нет. В поле зрения психиатров не был.

Летом приходит постановление от Министерства о предстоящей ревизии в Кисловодск, куда пациента командируют с целью ревизии и сокращения штата по результатам проверки.

Накануне командировки пациент провел беспокойную, бессонную ночь. Отправился на поезде, где было душно, не смог спать. По приезду в указанный город почувствовал слабость, головокружение. Отправляясь в снятое общежитие, почувствовал давящую боль в грудной клетке в области сердца, тало трудно дышать. Пациент вспомнил, как у его отца, в возрасте 68 лет случился сердечный приступ, его одолело чувство страха о возможном сердечном ударе, стало трудно дышать. Пациент вызвал скорую помощь. В результате обследований органической патологии не выявлено, даны рекомендации обращения к психотерапевту.

Кожно-гальванические пробы зафиксировали повышение показателей на такие слова как болезнь, ревизия, отец

1 Определите возможный внутренний конфликт
2 Ситуация – система ценностей – симптоматика
3 Предположительный диагноз
4 Основные методы и возможные мишени психотерапии

Тема 5. 2 Психотерапия в клинике соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1. Концепции сомато-психического и психосоматического взаимодействия.

2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при соматоневрологических заболеваниях.

3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при психосоматических расстройствах.

4. Интегративная терапия соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

5. Вегетативные кризы при неврозах вагоинсулярной направленности включают следующие симптомы: понижение артериального давления (1);чувство давления в области грудной клетки с ощущением «перебоев» в работе сердца (2); учащение частоты сердечных сокращений (3); усиление перистальтики, тошнота, повышенное слюноотделение (4); сухость во рту (5); бледность кожных покровов, озноб (6); гиперемия кожных покровов, ощущение жара (7)

a. 1, 3, 5, 6
b. 3, 5, 7
c. 1, 2, 4, 7
d. 5, 1, 3, 6

6 Основы положения социально-психологической концепции суицида:
a. Диагностические категории суицидентов
b. Признаки социально-психологической дезадаптации
c. Сопутствующие соматические заболевания
d. Наследственная отягощенность
e. Предыдущие суицидальные высказывания

7 На приеме женщина сидела, опустив голову, наклонив туловище вперед и обхватив себя руками. Психотерапевт слушал ее, также наклонился вперед, обхватил себя руками. Спустя какое-то время, он начал менять позу на открытую и женщина стала делать то же самое. Что сделал психотерапевт?
a. Устал сидеть прямо
b. Применил прием «мимезиса»
c. Вслушивался
d. Защищался от поступающей информации

8 На прием пришли мальчик 12 лет и его мать. Жалобы: затруднение контакта со сверстниками. В 3, 5 года после помещения в д/сад при обращении к нему заикался, не разговаривал с детьми. О каком нарушении идет речь?
a. Селективный мутизм (невротическое расстройство)
b. Психоз
c. Умственное недоразвитие
d. Аффективная патология

9 Больной 25 лет обратился к психотерапевту по поводу экзгибиционизма. Какой метод поведенческой терапии вы предпочли бы использовать?
a. Систематическую десенситизацию
b. Методику контроля стимула
c. Имплозивные техники
d. Аверзивные методики

10 У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом При ларинго -и бронхоскопии органической патологии не выявлено. Можно предположить
a. Невротический ларингоспазм
b. Инородное тело в бронхе
c. Опухоль в сфере дыхательных путей
d. Бронхиальную астму

11 24 летний мужчина в течение месяца отмечает раздражительность, пониженное настроение, мысли о неприятностях на работе, головные боли, плохое засыпание. Появлению расстройства предшествовал конфликт на работе. Был ранее здоров. Данные исследования не выявили органических нарушений, отсутствует внутриличностный конфликт, какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?
a. Неврастения
b. Невротическая реакция

c. Депрессивная фаза МДП
d. Депрессивный невроз

12 В настоящее время под общим определением патоморфоза понимают:
a. Изменение клинических картин болезней, а также изменение соотношения между различными болезнями под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и бытовых условий жизни, новых методов лечения и профилактики
b. Изменение соотношения между различными нозологическими единицами
c. Изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития и их соотношений

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

13 Основная часть К врачу-психиатру обратилась гражданка Ф., 43 лет, с жалобами на то, что последнее время она замечает у себя «некую внутреннюю отчужденность», стала «какой-то другой, …это я и не я – чувствую это, а описать не могу». Недавно, например, очень ждала приезда своего сына, которого не видела уже несколько лет. Но после свидания «сидела и горько плакала: он пришел, мой горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, это так ужасно, так мучительно». В процессе обследования психической сферы удалось выяснить, что память, внимание и мышление не обнаруживают никаких формальных расстройств, а сама настойчивость, с которой Ф. укоряет себя в преступном равнодушии к сыну, исключает наличие у нее эмоциональной тупости в узком значении этого слова.

При беседе Ф. вспомнила интересный эпизод своей жизни: однажды, в 15 лет, она долго готовилась перед экзаменами, очень волновалась и практически не спала несколько ночей подряд. На фоне общей усталости и астенизации она вдруг заметила, что «не чувствует своих ног». Подсевшая к ее кровати мать, казалось, «находилась где-то очень далеко». Через несколько минут все это прошло.

Вопрос:
1. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?

14 Основная часть Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос:
1. Оцените описанные психопатологические проявления
2. Тактика терапии

Тема 5. 3. Психотерапия в клинике патологии развития.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Стадии развития личности по З. Фрейду.
2. Основные мишени терапии при патологии развития.
3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при патологии развития.
4. Интегративная терапия патологии развития.
5. Структура и стадии развития личности в гештальт-терапии.
6. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности.
7. Общие представления об акцентуантах.
8. Классификация акцентуированных личностей по К. Лиангарду.
9. Классификация акцентуаций характера по А. Е. Личко.
10. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

11 Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:
a. Маниакального
b. Параноидного
c. Кататонического
d. Астенического

12 Фактором (особенностью) воспитания, способствующим формированию нервной анорексии является:
a. Строгий, не терпящий возражений отец
b. Властная деспотичная мать
c. Многодетная малообеспеченная семья
d. Уход отца из семьи

13 Основополагающим этиологическим фактором ядерных психопатий является:
a. Неправильное семейное воспитание
b. Травмы черепа
c. Неблагоприятная наследственность
d. Перинатальная патология

14 Для психопатий наиболее характерны следующие патологические состояния:
a. Спонтанные колебания аффекта
b. Невротизация личности
c. Явления госпитализма
d. Появление психосоматических симптомов

15 К числу наиболее частых проявлений при истерии относится:
a. Двигательные нарушения
b. Депрессия
c. Соматоформные расстройства
d. Большие истерические припадки

16 Кто является автором понятия «характерологическая реакция» и «патохарактерологическая реакция»
a. А. Е. Личко
b. В. В. Ковалев

c. Г. Е. Сухарева
d. К. Леонгард

17 Дайте определение понятия «патохарактерологическая реакция»
a. Личностная реакция с нарушением социальной адаптации и соматовегетативными расстройствами
b. Делинквентное поведение
c. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
d. Декомпенсация психопатии

18 Присущая человеку социальная структура дает детям возможность:
a. Получать хороший уход
b. Воспринимать социальные и культурные обычаи
c. Усваивать опыт предшествующих поколений
d. Все ответы верны

19 Психика определяется как:
a. Состояние души
b. Особое свойство высокоорганизованной материи
c. Результат влияния окружающей среды

20 Психика у человека проявляется в следующих видах:
a. Психические свойства личности
b. Психодиагностика
c. Психические состояния
d. Психические процессы
e. Психопрофилактика
f. Психотерапия

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

21 Основная часть К психиатру в поликлинике обратилась женщина, желая проконсультироваться по поводу «ненормальности» поведения своего мужа 36 лет. Она сообщила, что ее супруг чрезмерно чувствителен к удовлетворению своих притязаний, всегда ведет себя так, как будто во всем превосходит окружающих, «его дела», вне зависимости от того, чем он занят, всегда первостепенной важности, причем малейшее сделанное им дело представляет «огромным трудом», а выявление любых самых распространенных нарушений или несправедливостей в жизни считает потрясающим разоблачением. По рассказам матери мужа, он с детства претендовал на исключительное положение, на то, чтобы все делали так, как он считает нужным. В школе имел кличку «одержимый». Всегда был чрезмерно самоуверен, стремился к лидерству, однако сплачивал вокруг себя обычно людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств, удовлетворения своих требований озлобляется, начинает всюду видеть врагов и завистников, злонамеренные козни против него. Подозрителен, все время искажает совершенно нейтральные или даже дружеские действия других, представляя их как злонамеренные или как проявления пренебрежения к нему. Отстаивает свои «права» в любой ситуации, даже если результат будет заведомо «плачевен». При этом «безумно» ревнив, считая, что супруга может изменить ему, т. к. тоже завидует его «талантам», «потрясающим» способностям и т. д.

Вопросы:
1. Опишите клинические признаки психопатологического состояния
2. Ваш диагноз?

22 Основная часть льной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспосабливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Варианты развития личности?

Тема 5. 4. Психотерапия в клинике аффективных расстройств.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5

1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии аффективных расстройств.

2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при аффективных расстройствах.

3. Интегративная терапия аффективных расстройств.

4 Основные этиологические концепции аффективных расстройств.

5 Основные патогенетические теории аффективных расстройств

6 Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.

7 Клинические основы применения психотерапии и выбор метода психотерапии при аффективных расстройствах

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

8 Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов

a. Смешанных
b. Простых
c. Сложных

9 Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:

a. Психопатий
b. Шизофрении
c. Алкогольного делирия
d. Аффективных расстройств
e. Деменции

10 Депрессивный ступор встречается при:

a. Невротической депрессии
b. Патохарактерологических реакциях

c. Расстройствах личности
d. Обсессивно-компульсивных расстройствах
e. Аффективных расстройствах

11 Депрессивный ступор наблюдается при:
a. Шизофрении
b. Аффективных расстройствах
c. Невротических расстройствах
d. Алкоголизме
e. Расстройствах личности

12 Для группы невротических синдромов характерно:
a. Выраженное снижение памяти и интеллекта
b. Полиморфные астенические проявления
c. Возникновение психогенным путем
d. Признаки нарушения сознания
e. Иллюзии, галлюцинации
f. Критическое отношение к болезненным переживаниям
g. Начало в связи с соматогениями
h. Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей

13 Маниакальный ступор относится к группе аффективных синдромов:
a. Простых
b. Сложных
c. Смешанных

14 Меланхолический раптус – это:
a. Не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного. Обычно возникает при сильных эмоциях
b. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение одних и тех же слов и словосочетаний или движений)
c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
d. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
e. Двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием

15 Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:
a. Сенсорный
b. Аффективный
c. Моторный
d. Галлюцинаторный
e. Идеаторный
f. Параноидный
g. Астенический

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

16 Основная часть Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве

отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и эксперементально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика психотерапии

17 Основная часть Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейролептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус:

Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Обманы восприятия отрицает, косвенных признаков галлюцинаций нет. Гипомимичен, движения замедленны. Продуктивному контакту доступен с трудом, речь в виде монолога. На вопрос о самочувствии пускается в длинный бессвязный рассказ о своей жизни, перескакивая с одной темы на другую. Самооценка завышена «много знаю, много умею. . ., редкий специалист». Аффективно сглажен, маломодулирован. Отмечает, что мало «чувств и влечений». Мышление нецеленаправленное, с соскальзываниями и элементами резонерства. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Варианты терапии

Тема 5. 5. Психотерапия в клинике расстройств шизофренического круга.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии расстройств шизофренического круга.

2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при расстройствах шизофренического круга.

3. Интегративная терапия расстройств шизофренического круга.

4. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.

5 Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.

6 Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).

7 Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.

8 Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии. Общественно ориентированные формы психиатрической помощи. Основные принципы организации психиатрической помощи с опорой на сообщество (по И. Я. Гуровичу).

9 Контур базисных служб системы психиатрической помощи (по Торникрофт Г., Тансella М.). Базисные компоненты и варианты. Существующие модели в отечественной психиатрии и психотерапии.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

10 Установите правильную последовательность проведения систематической десенситизации: систематическая десенситизация in vivo (1); освоение техники прогрессивной мышечной релаксации (2); составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (3); систематическая десенситизация в воображении (4); установление контакта с пациентом, определение цели терапии (5); Выберите правильное сочетание

a. 5, 2, 3, 4, 1
b. 5, 1, 2, 4, 3
c. 5, 3, 4, 2, 1

11 Для выявления алекситимии используют

a. Тест Спилбергера
b. Тест Мюррея
c. УКЛ
d. Торонтскую шкалу (TAS)

12 Лечебным фактором личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является

a. Медитация
b. Работа с чувствами, ощущениями
c. Внушение
d. Эмоциональная поддержка

13 Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию об их состоянии называется

a. Аутогенной тренировкой
b. Обратной физиологической связью
c. Систематической десенсибилизацией
d. Имплозией

14 Когнитивный сценарий -динамичная и резистентная к интерференции программа реакций (деятельности), которая служит познающему в освоении им окружающего мира. В каких методах психотерапии используется эта парадигма?

a. Поведенческая психотерапия

b. Когнитивно-поведенческая психотерапия
c. Психоанализ
d. Семейная психотерапия

15 Отличительный признак когнитивного сценария «борьба со злыми силами, искушающими члена семьи» это
a. Индивид в семье, постоянно искушаемый разными соблазнами
b. Единство семьи
c. Сложение усилий, направленных на спасение члена семьи
d. Преодоление вредных привычек индивида

16 Поведенческая терапия в своей теории опирается прежде всего на понятие
a. Вытеснение
b. Сопротивление
c. Фигура и фон
d. Научение

17 Эффективность поведенческой психотерапии зависит от
a. Психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
b. Уровня интеллекта
c. Старательности, настойчивости пациента
d. Выраженности эмпатического потенциала личности пациента

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

18 Основная часть Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечении пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

Вопросы:
1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?

2. Ваш диагноз?
3. Варианты психотерапии

19 Основная часть Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.

Психический статус. Основные виды ориентировки сохранены. Взгляд «холодный», мимика застывшая. Напряжена, подозрительна, голос маломодулирован. Настроение без признаков депрессии. Эмоциональные реакции сглажены. Мышление с резонерством, паралогичностью и соскальзыванием. Формально соглашается, что болеет, но при этом считает, что лечение ей не нужно так, как она здорова. Негативно относится к мужу, иногда раздражительна по отношению к нему, заявляет, что «если муж и дальше так будет себя вести, не знаю, что сделаю, …наверное повешусь». По-прежнему уверена в существовании у нее «нарушенной энергетической оболочки», в которой «есть дыры и через них уходит энергия». Убеждена в возможности экстрасенсорики и телепатии, воздействии их на людей. Свои переживания раскрывает неохотно, считает, что «и так все понятно». Память без грубых нарушений. Обманы восприятия не выявляет

Вопросы:
1. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?
2. Варианты психотерапевтической работы

Тема 5. 6. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

1. Психологические механизмы развития сексуальных расстройств.

2. Клиника сексуальных расстройств.

3. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.

4. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при сексуальных расстройствах.

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

5. Проявления сексуального поведения у людей:
a. Строго управляется внутренними механизмами
b. Относительно сходны в различных культурах
c. Определяются культурой
d. Мало видоизменяются в многочисленных культурах

6. Только женщина (в отличие от самок животных):
a. Знакома с оргазмом
b. Сексуально активна на протяжении всего года
c. Остается сексуально активной в период менопаузы
d. Все ответы верны

7. Эдипов комплекс, который имел в виду Фрейд, развивается:
a. На оральной стадии
b. На фаллической стадии
c. На анальной стадии
d. На генитальной стадии

8. Отличительными особенностями невротической симптоматики у детей младшего школьного возраста являются
a. Рудиментарность симптоматики и ее изменчивость
b. Наличие обманов восприятия
c. Наличие задержки психического развития
d. Наличие нарушений психосексуального развития

9 Установите последовательность смены стадий психосексуального развития по З. Фрейду: анальная (1); генитальная (2); латентная (3); оральная (4); фаллическая (5). выберите правильное сочетание
a. 3, 1, 2, 5, 4
b. 4, 5, 2, 1, 3
c. 4, 1, 5, 3, 2
d. 4, 2, 1, 3, 5

10 Установите последовательность фаз развития ребенка с точки зрения психоаналитической теории: латентная (1); анальная (2); оральная (3); фаллическая (4)
Выберите правильное сочетание
a. 3, 2, 4, 1
b. 3, 2, 1, 4
c. 2, 3, 4, 1
d. 1, 2, 3, 4

11 Мальчик 8 лет, рисуя человека, отказался рисовать нижнюю часть тела. Это может быть связано с
a. Повышенной агрессивностью
b. Повышенной самооценкой
c. Трудностями коммуникаций
d. Повышенным интересом к сексуальным проблемам

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

12 Основная часть Больной мужчина 50 лет. Анамнез: поступает впервые. Мать и сестра наблюдаются у невролога по поводу сосудистого заболевания. Родился в семье служащих, младшим из 2-х детей. Семья жила в К-не. Отец являлся инвалидом 2 гр. после огнестрельного ранения в голову во время Отечественной войны. Дети были «приучены» ухаживать за больным отцом, помогать ему, воспитывались в ситуации гипернормативности. В школу пошел с 7 лет, закончил 8 классов, учился посредственно, предпочитал гуманитарные науки, в свободное время много читал, сильно переживал из-за своей внешности, так как был «толстым

мальчиком» и носил очки. По характеру был спокойным, дисциплинированным, впечатлительным, педантичным, мягким. До 14 летнего возраста часто подвергался обидам со стороны сверстников, поэтому старался походить в поведении на них: рано испробовал курить, участвовал в драках, чем постепенно завоевал авторитет. После школы закончил железнодорожный техникум. Служил в армии в 1974-76гг. связистом, где сумел завоевать авторитет исполнительностью, организаторскими способностями, стойко переносил трудности службы, получил звание сержанта. После армии поступил в мединститут. Женился на 1 курсе, в 21 год, на одногруппнице. Это была первая девушка, с которой он предпочитал проводить досуг, она же явилась инициатором брака. Чтобы содержать семью бросил, институт. Имеет 2-х детей, со старшим мальчиком отношения были всегда более близки: считал, что тому не хватало любви матери. Вначале работал на стройках в различных должностях среднего уровня, после заочного окончания политехнического института преподавал в техникуме связи. Развелся с женой после 10 лет совместной жизни по её инициативе. Развод сильно и длительно переживал, винил себя в недостаточной способности к семейной жизни. Десятилетний сын остался жить с отцом по собственному желанию, дочь осталась с матерью. Пациент охладел к дочери, которой тогда исполнилось 3 года, так как «она воспитывалась другим мужчиной по другим принципам». С тех пор и до настоящего времени старается избегать каких-либо контактов с бывшей женой и дочерью. Испытывал чувство стыда из-за того, что его «бросили», боялся, что его будут обсуждать соседи и сослуживцы. По этой причине сразу же после развода поменял место жительства и перешел на другую работу -инструктором по технике безопасности в строительной организации и до настоящего времени старается избегать близких отношений с женщинами. Много времени уделял воспитанию сына. Так, например, чтобы заинтересовать его спортом, сам записался в секцию «каратэ», где достиг определенных положительных результатов и стал водить сына с собой на занятия. Из соматических заболеваний -гепатит В, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический колит, хронический холецистит, перелом лучевой кости правой руки, в 1988 разрыв ахиллового сухожилия левой ноги, с 1988 -язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с обострившимися национальными отношениями в Казахстане был вынужден в возрасте 45 лет в 1999 году переехать с сыном и родителями в г. О. В результате переезда резко ухудшились жилищные условия, был вынужден продать «за бесценок благоустроенную квартиру» и купил старое неблагоустроенное строение малой площади на окраине О. -по типу «землянки». Сына же поселил с родителями (отец как инвалид и участник Великой Отечественной войны вскоре получил однокомнатную квартиру). В О. в течение года пациент не мог найти работу. Его тяготила полная материальная зависимость от родителей. После трудоустройства преподавателем в аграрный колледж получал малую зарплату, однако «прилежным трудолюбием» добился должности заведующего отделением. Новая должность принесла значительно большую нагрузку при несравненно малом улучшении материального благополучия. Постоянно опасался, что не справится со своими обязанностями, вынужден был часто перепроверять свою работу, документы, был обеспокоен тем грузом ответственности, которая была возложена на него, принимал «близко к сердцу» неприятности на работе. Личная жизнь также не приносила удовлетворения: узкий круг общения, отсутствие сексуального партнера, низкий материальный уровень, часто возникающие конфликты с сыном «из-за взглядов на жизнь» и материальных проблем заставляли себя чувствовать «беспомощным, беспринципным, ничтожным неудачником». На фоне таких неблагополучных обстоятельств с 2000 года стали возникать сильные головные боли, снизилась работоспособность, ухудшилась, с точки зрения пациента, память, внимание, стали беспокоить выраженная утомляемость, раздражительность.

Смерть отца в 2000 г. еще больше ухудшила состояние: чувствовал себя виновным в том, что мало уделял ему внимания, не «оберегал» его. Отец умер внезапно в тот день, когда пациент сопровождал его в инстанцию для окончательного решения вопроса о предоставлении ему (отцу) большей по площади квартиры как ветерану войны. Смерть отца привела к невозможности решения этого вопроса. С этого времени головные боли стали «постоянными»,

что препятствовало полноценной работоспособности. Особенно интенсивные головные боли возникали на работе. Неоднократно обследовался амбулаторно и стационарно. Вернулся к работе на должность преподавателя, но со своими обязанностями не справлялся, усилилась забывчивость, утомляемость. Снова был вынужден взять больничный лист. Проводимая терапия состояния не улучшала. Был направлен в отделение неврозов и психотерапии для обследования и лечения.

Психический статус: к общению не стремится. Во время беседы предъявляет многочисленные жалобы: упорные головные боли, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение работоспособности: «чуть-чуть поработаю и как будто пелена перед глазами, всё плывёт. . . ». Особо подчёркивает невозможность справляться с работой, объясняя это снижением памяти, трудностями сосредоточения внимания. Физической (соматической) неполноценностью и ущербностью объясняет собственную несостоятельность как в профессиональной, так и личной жизни. Ригидно отстаивает мысли о собственной беспомощности, отметая любые положительные перспективы и возможности изменения настоящего положения вещей. Периодически даёт отказные реакции, особенно при затрагивании значимых тем: «… я перестал вас понимать», при этом обхватывает голову руками, изображая боль и напряжение. Ухудшение здоровья соотносит со временем переезда из К-на, который привёл к значительному ухудшению материального благополучия, неопределённости социального статуса, несмотря на относительную стабилизацию этих обстоятельств в последнее время (получил работу, хотя и здесь отмечается некоторая неудовлетворённость: «. . . всё равно не то, что было прежде»). Отмечает также сниженный фон настроения, постоянно проводит связь изменения в состоянии здоровья с переездом: «произошло крушение всей жизни, нужно приспосабливаться, бороться за выживание, а возраст уже не тот, нет никакой материальной базы. . . жильё подвального типа. . . а была благоустроенная квартира…» Постепенно тема финансовой и вторичной социальной несостоятельности выходит на первый план. При ретроспекции своей жизни фиксирует внимание только на отрицательных фактах, переоценивая их перспективную значимость. Драматично старается «объективизировать» своё болезненное состояние «роком», привлекая, с его точки зрения, сведения о «наследственных болезнях» в семье. Заявляет, что уже больше 10 лет «живёт в долг», т. к., якобы, продолжительность своей жизни ограничивал 40 годами. Обесценивает собственные достижения и успехи, в том числе в социальной сфере, которые противоречат «концепции неудачника». Фактически обвиняет себя в смерти отца, в неудачах семейной жизни, отношений с сыном. Себя характеризует общительным, тревожным, мнительным, педантичным и требовательным, особенно в отношении к себе, отмечает трудности при общении с противоположным полом, при этом ссылается на «неудачную личную жизнь. . . проблемы с женой. . . », после развода с которой «поставил крест на женщинах». Во время повествования пациентом о трагической смерти отца возник приступ интенсивной головной боли, пациент попросил прервать беседу, и затем, после выхода из кабинета, у него возникла рвота («едва добежал до туалета»). За время пребывания в отделении несколько улучшилось настроение, уменьшилась тревога, нормализовался сон. Сохранялись жалобы на головные боли, хотя частота «приступов» уменьшилась. Несмотря на проводимое психотерапевтическое лечение, продолжал ригидно настаивать на своей несостоятельности как физической, так и социальной, не допуская возможности положительной динамики его состояния.

Неврологический статус: лёгкий экзофтальм с 2-х сторон, больше справа. Нистагмоид. Ослаблена конвергенция, лёгкая асимметрия носогубных складок. Рефлексы равные, симметричные. Чувствительность не нарушена. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Соматический статус: повышенного питания, кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. Пульс 82 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки, печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Заключения специалистов: конс. терапевта: гипоталамический с-м, с нарушением углеводного и липидного обмена. Ожирение 3 ст. Вегетативнососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический персистирующий гепатит, хронический холецистит, ремиссия. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Ремиссия; конс. невролога: синдромм вегетативно-сосудистой дистонии по гипертоническому типу с упорной цефалгией; конс. окулиста: OU глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, миопический конус, сосуды сужены. Миопия средней степени обоих глаз; РЭГ: снижено пульсовое кровенаполнение сосудов с повышением артериального тонуса. Лёгкая физиологическая асимметрия кровенаполнения, венозный отток умеренно нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется затяжной истерический внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и невозможностью их реализации с игнорированием реальных обстоятельств. Мнестико-интеллектуальные расстройства отсутствуют. Психические процессы несколько неравномерны с наличием невыраженных признаков истощаемости по гиперстеническому типу. В структуре личности дисгармоничное сочетание акцентуированных педантично-тревожных черт характера и эмотивного темперамента. Достаточно выраженной социальной дезадаптации способствует низко дифференцированная патопротекторная структура Эго-защиты (ведущие МПЗ – отрицание, регрессия, реактивные образования, проекция), а также дезадаптивная структура копинг-механизмов в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Применялся как с целью диагностики, так и психотерапии метод «Написание сказки»

«Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков. Но изменились времена и нравы обитателей долины. Начались Великие Перемены, пошла Великая травля. Семейство было вынуждено откочевать на север в глухие, мрачные, непроходимые дебри высохших лесов, спасаясь от, вдруг ставших агрессивными и опасными, тварей. И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам. И беззащитный зверек уже сам не понимал, как это получилось, что он абсолютно один, абсолютно беззащитный и никому не нужный оказался в норе под корнями полусгнившего пня. Он сам не осознавал, как это он ещё живой – находясь в постоянной опасности от близости свирепых соседей и питаясь, только по ночам, без шумно выползая из своей норы безвкусными и вызывающими отвращение корешками и листьями трав, ограниченный, запуганный, забитый, сидя в норе и вздрагивая от пугающих звуков и шорохов жил одной надеждой, что Создатель скоро призовёт его себе и не будет суров к его грехам и прегрешениям, ибо понимая, что милосердие Создателя простирается далеко за пределы разумения его созданий. И раз, ещё, он не покинул свою телесную оболочку, значит некая миссия возложенная на него не до конца выполнена.

Живя в основном воспоминаниями, иногда в его ослабленном тельце всё же проскальзывала искорка жизни. Иногда он исподтишка подсматривал за жизнью случайных обитателей леса попавших в его зону обзора, но понимал, что им он если и будет нужен, то лишь как предмет для питания пища или как ненужная временная игрушка.

Не удержавшись, он попытался однажды подружиться с существом привлекательным и мягким, на его взгляд. И, несмотря на то, что не был отвергнут, он очень отчетливо понял свою ненужность и никчемность. А, тем не менее, чувство благодарности к не оттолкнувшему его, согревало до конца дней, пока мохнатая лапа со стальными когтями не извлекла его из норы и не отправила в смрадную вонючую пасть».

Как следует из анамнеза у данного пациента расстройства начались после вынужденной миграции из К-на, где он был достаточно материально устроен: имел хорошую работу, жильё и т. п. : «*…Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков».*

В результате смены политического устройства в К-не с негативной национальной политикой

в отношении русскоязычного населения пациент был вынужден, «бросив всё», покинуть страну и эмигрировать в Р-ию, в результате потеряв часть семьи (дочь и жену): «*Начались Великие Перемены, пошла Великая травля… И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам»*.

И далее вся жизнь в аллегорически-эпатажной форме излагается только с негативных позиций: не приносящая удовлетворения (прежде всего материального) работа, жильё – землянка полуподвального типа на окраине города, отсутствие близких или людей, которые разделили бы с ним все трудности, описываются психологические защиты (отрицание, регрессия, проекция) и копинг-поведение (отступление, растерянность, покорность), выполняющие у данного пациента патопротекторную функцию, способствующую закреплению симптомов.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

13 Основная часть Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице кокетничала с незнакомыми молодыми людьми. В отделении держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но оставшись в одиночестве танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна. В присутствии других детей, в особенности мальчиков, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!». Себя называет «Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин». Постоянно гримасничает, хмурит брови, закрывает глаза, морщит лоб. Внезапно, без видимой причины разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продуты тут же съедает, кроме этого, пытается выхватить пищу у других детей. При свидании с подругами не проявляет никакой радости. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает уклончиво, формально. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: «Ничего особенного. Перейду учиться в другую школу».

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Варианты психотерапии?

14 Больная Ч., 25 лет, предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, нарушение сна (нарушение засыпания, частые пробуждения по ночам).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной доношенной беременности и родов единственным ребенком в семье. Окончила среднюю школу, училась посредственно. По окончании школы окончила медицинское училище, в настоящее время работает по специальности. Проживает совместно с матерью и бабушкой в отдельной квартире. Отец, в течение последних пяти лет с семьей не жил, за пять месяцев до поступления больной в клинику психиатрии покончил жизнь самоубийством. В возрасте 10 лет больная подверглась нападению в подъезде молодым незнакомым мужчиной, действия которого со слов больной носили сексуально агрессивный характер, подробно об этом факте рассказывать отказывается, факт изнасилования отрицает. С тех пор, со слов больной, она

испытывает «неприязнь к мужчинам».

Считает себя больной в течение последних полутора лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, причиной своего заболевания считает разрыв отношений с молодым человеком, который, со слов больной «настаивал на интимных отношениях и не удовлетворялся дружбой». В течение предшествовавшего поступлению в клинику месяца, состояние ухудшилось: нарушился сон, появилась тревога. С перечисленными жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, однако ведет себя несколько настороженно, излагает жалобы спокойно. Настроение сниженное, отмечается фиксация на болезненных переживаниях, связанных с гибелью отца, при этом больная заявляет, что «самоубийство представляет собой возможных выход из ситуации». Нарушений восприятия, мышления нет. Суицидальных суждений нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Мишени психотерапии?

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

1. Предмет, задачи и объект изучения в психиатрии, ее место среди других клинических дисциплин.
2. Развитие представлений о душевных заболеваниях и методах призрения психически больных в Европе и России.
3. Правовые основы и современная структура психической заболеваемости. Особенности в оказании психотерапевтической помощи.
4. Общественно-опасные действия психически больных.
5. Принципы оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в системе гражданского здравоохранения и в условиях стихийных бедствий, катастроф и аварий.
6. Показания к плановой и неотложной госпитализации психически больных.
7. Особенности обращения с психически больными.
8. Правила транспортировки и оказания помощи на этапах медицинской эвакуации.
9. Основы военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертиз у лиц с психическими расстройствами.
10. Основы психогигиены и психопрофилактики.
11. Организация и предполагаемые этапы оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в условиях различных экстремальных ситуаций и локальных конфликтов мирного времени.
12. Правовые основы гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи и психотерапевтического контракта
13. Правовые основы получения данных, необходимых ВОП, для постановки больному диагноза
14. Правовые нормы психотерапии и психофармакотерапии в практической работе ВОП
15. Чем характеризуются сенестопатии?
16. Что свойственно истинным галлюцинациям, что характерно для псевдогаллюцинаций?
17. Что относится к расстройствам процесса мышления?
18. Чем характеризуются бредовые идеи?

19. Что свойственно интерпретативному бреду, что свойственно чувственному (образному) бреду?
20. Что относится к расстройствам памяти?
21. Чем характеризуется дереализация?
22. По каким основаниям классифицируют психопатологические синдромы?
23. В чем отличие позитивных и негативных синдромов, чем определяются простые и сложные синдромы?
24. Чем определяются типичные и атипичные синдромы?
25. Назовите круги Снежневского для продуктивных психопатологических синдромов.
26. Назовите круги Снежневского для дефицитарных психопатологических синдромов.
27. Каково основное расстройство и дополнительные симптомы при астеническом синдроме?
28. Особенности интеллектуально-мнестических нарушений при астении?
29. Вегетативно-соматические нарушения при астении.
30. Каковы особенности психической истощаемости при разных видах астении?
31. Перечислите этиологические варианты астений?
32. Назовите этапы развития астенического синдрома.
33. Назовите основные симптомы расстройств памяти.
34. Дайте характеристику прогрессирующей амнезии.
35. Для каких заболеваний характерны парамнезии?
36. Опишите клинику Корсаковского синдрома.
37. Уровни врожденного слабоумия?
38. Дайте характеристику дебильности, имбецильности, идиотии.
39. Назовите диапазоны IQ для разных уровней врожденного слабоумия.
40. В чем разница между тотальным и лакунарным слабоумием?
41. Что характерно для астенического синдрома после соматического заболевания?
42. Чем характеризуется астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы?
43. Чем характеризуется классическая депрессивная триада?
44. Что относится к признакам идеаторного депрессивного торможения?
45. Что относится к признакам депрессивного двигательного торможения?
46. Что относится к сложным вариантам депрессивного синдрома?
47. Что относится к соматическим признакам депрессии?
48. Назовите простые и сложные варианты маниакального синдрома?
49. Что характерно для гипоманиакального состояния?
50. Чем характеризуется маниакальная триада?
51. Что относится к признакам гипоманиакального состояния?
52. Чем характеризуется обсессивный синдром?
53. Назовите виды обсессий, приведите примеры контрастных обсессий.
54. Что относится к навязчивостям, сопровождающимся тягостным аффектом?
55. Что относится к отвлеченным навязчивостям?
56. Чем характеризуется навязчивый страх (фобия)?
57. Чем проявляется ипохондрический синдром?
58. Что является особенностью паранойяльной ипохондрии?
59. Чем отличается ипохондрия от нозофобии?
60. Этапы развития ипохондрического синдрома.
61. Чем проявляется истерический припадок?
62. Чем проявляется астазия-абазия?
63. Чем определяются истерические сенсорные нарушения?
64. Чем характеризуются истерические сумеречные состояния?
65. Чем характеризуется синдром сверхценных идей?
66. Чем характеризуются бредовые идеи?
67. Чем характеризуется интерпретативный бред (бред толкования)?
68. Чем характеризуется синдром чувственного (образного) бреда

69. Чем характеризуются иллюзии?
70. Чем проявляются сенестопатические (сенсорные) автоматизмы?
71. Чем проявляются кинестетические (моторные) автоматизмы?
72. Что относят к депрессивному бреду?
73. Что характерно для резидуального бреда?
74. Что характерно для бреда метаморфозы, бреда инсценировки?
75. Виды психических автоматизмов.
76. Особенности псевдогаллюцинаций при шизофрении.
77. Клиника меланхолической парафрении.
78. Какие нарушения памяти наблюдаются при парафрении?
79. Особенности бреда при парафрении.
80. Чем проявляется онейроидная кататония?
81. Особенности сознания при онейроидной кататонии.
82. Виды кататонического возбуждения.
83. Отличия кататонического возбуждения от депрессивного и от тревожного?
84. Какие стереотипии наблюдаются при кататоническом возбуждении?
85. Какие двигательно-волевые нарушения наблюдаются при кататоническом возбуждении?
86. Чем проявляется гебефреническое возбуждение?
87. Особенности аффективного фона при гебефрении, двигательно-волевые нарушения при гебефрении.
88. Отличия люцидной кататонии от онейроидной.
89. Критерии помрачения сознания Ясперса.
90. Особенности ориентировки при разных видах помрачения сознания.
91. Дифдиагностика делирия и онейроида.
92. Отличия истинного (эндогенного) онейроида от экзогенно-органического онейроида.
93. Дифдиагностика аменции и сумеречного помрачения сознания.
94. Виды припадков.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5)

1. К одному из положений МЗМП РФ №294 от 30 октября 1995 года «О психиатрической и психотерапевтической помощи» относится следующее:

a. Психотерапевтический кабинет может организовываться в составе территориальной поликлинники, непосредственно обслуживающей 25 тысяч населения

b. Определение расчетной нормы обслуживания для врача психотерапевта составляют 2 посещения в час

c. Врач психотерапевт не имеет права принимать решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дачу заключения для рассмотрения этого вопроса

d. Должность врача психотерапевта в психиатрическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 25 коек

2. К одному из положений приказа МЗМП РФ № 294 от 30 октября 1995 года относится следующее

a. Должность медицинского психолога устанавливается в психотерапевтическом кабинете из расчета 1 должность на 50 тысяч населения

b. Врач психотерапевт является специалистом с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», имеющий стаж практической работы врача не менее 3-х лет

c. Должность врача психотерапевта в психотерапевтическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 15 коек

d. Врач психотерапевт повышает свою квалификацию по психиатрии не режее одного раза в 3 года

3. К одному из положений приказа МЗМП РФ №294 от 30 октября 1995 года относится следующее:

a. Супервизия как элемент образовательного стандарта представляет собой наблюдение обучающегося за работой опытного психотерапевта

b. Программа специализации по специальности «психотерапия» предназначена для врачей-психиатров со стажем работы в области психиатрии не менее 3 лет, имеющих сертификат и специализацию по психиатрии

c. Образовательный стандарт по психотерапии предполагает продолжительность обучения не менее 500 часов

d. Балинтовская группа как форма проведения учебных занятийпредназначена для выявления и проработки личностных проблем участников

4. Приказ МЗМП РФ № 286 от 19. 12. 94 «О порядке допуска к осуществлению медицинской деятельности» включает следующие положения:

a. Лицензия -документ государственного образца, разрешающий специалисту осуществлять определенные виды медицинской деятельности на конкретных должностях

b. Диплом -документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам

c. Сертификат специалиста -документ об уровне образования, специальности, подготовки и квалификации, выдаваемый образовательным учреждением профессионального образования

d. Сертификат специалиста подтверждается каждые три года после соответствующей подготовки

5. Одним из положений закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» является следующее:

a. Лицо, страдающее психическим расстройством или его законный представитель имеет право во всех случаях оказаться от предлагаемого лечения или прекратить его

a. Заключение врача другой специальности (не психиатра) о состоянии психического здоровья обследуемого является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов

b. Пребывание лица в психиатричесом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация

c. Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке (по основаниям, предусмотренным приказом) решается комиссией врачей-психиатров данного психиатрического стационара

6. Согласно закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» госпитализация психически больного без его согласия может быть осуществлена в следующем случае:

a. Внезапное начало психического заболевания

b. По заявлению коллег по работе, заметивших странное поведение данного лица

c. Декомпенсация психического заболевания

d. Беспомощность больного, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

7. Особенностью психотерапевтической помощи больным неврозами и пограничными с ними состояниями в психотерапевтическом кабинете поликлиники является:

a. Психотерапия обычно сочетается с фармакопией, физиотерапией и другими видами лечения

b. В психотерапевтическом контакте психотерапевт занимает преимущественно пассивную позицию

c. Психотерапевт использует в основном долгосрочные виды психотерапии

d. Широко используется психоаналитически ориентированная психотерапия

8. Характерным для психотерапевтического кабинета в психоневрологическом диспансере является:

a. Основной контингент больных составляют пациенты с тяжелыми формами неврозов, для многих из которых социальное окружение является постоянным источником декомпенсации

b. Лечение протекает в условиях психотерапевтического коллектива (сообщества)

c. Тщательная дифференциальная диагностика между неврозами и другими пограничными психическими состояниями и инициальными формами психических заболеваний

d. Доминирующим видом лечения является личностно-ориентированная/реконструктивная/ психотерапия

9. Общая психиатрия является:

a. Разделом физиологии высшей нервной деятельности

b. Разделом общей патологии

c. Разделом медицинской психологии

d. Самостоятельной философской дисциплиной

10. Общая психопатология является:

a. Частью раздела «Общая психиатрия»

b. Самостоятельным разделом клинической психиатрии

c. Включает в себя раздел «Общая психиатрия»

d. Частью медицинской психологии

11. Патопсихология как наука – это раздел

a. психиатрии

b. психологии

c. психопатологии

d. и психиатрии, и психологии одновременно

12. По определению, здоровье населения характеризуется состоянием:

a. Физического благополучия

b. Физического и душевного благополучия

c. Физического, душевного и социального благополучия

d. Физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды

e. Физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способности к воспроизводству

13. Число всех больных на определенный момент времени, это:

a. Заболеваемость

b. Болезненность

c. Риск заболевания

d. Болезненная выборка

14. Число новых случаев болезни, появившихся за год, это:

a. Заболеваемость

b. Болезненность
c. Риск заболевания
d. Болезненная выборка

15. В настоящее время в России здравоохранение относится к системе:
a. Государственной
b. Бюджетно-страховой
c. Страховой
d. Добровольной

16. В России отмечается:
a. Снижение уровня самоубийств
b. Повышение уровня самоубийств
c. Стабилизация уровня самоубийств

17. Вторичная профилактика направлена на:
a. Предупреждение развития психических расстройств
b. Адекватное трудоустройство инвалидов
c. Санаторно-курортное лечение психотических форм психических расстройств
d. Предотвращение рецидивов психических заболеваний
e. Борьбу с вредными привычками

18. Главной задачей психогигиены и психопрофилактики является:
a. Лечение психически больных
b. Сохранение и укрепление психического здоровья и предупреждение развития психических расстройств
c. Проведение военно-врачебной экспертизы
d. Организация судебно-психиатрической экспертизы
e. Борьба с воинскими правонарушениями

19. До постановления судьи основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства являются:
a. Заявления граждан о неправильном поведении пациента
b. Направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
c. Направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
d. Беспомощность пациента, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
e. Ни одно из перечисленных

20. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является:
a. Посещение больного по поводу заболевания
b. Первичное обращение больного по поводу заболевания
c. Каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
d. Больной, впервые обратившийся по поводу заболевания
e. Первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания

21. Естественный прирост населения – это разница между:
a. Рождаемостью и смертностью в трудоспособном возрасте
b. Рождаемостью и смертностью по возрастным группам

c. Рождаемостью и смертностью за год
d. Рождаемостью и смертностью по сезонам года
e. Все перечисленное верно

22. Закон Российской Федерации, определяющий характер оказания психиатрической помощи называется:
a. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
b. «О психиатрической помощи гражданам Российской Федерации»
c. «О гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи»

23. Заявление в суд по вопросу о госпитализации лица в недобровольном порядке подается:
a. Родственниками лица
b. Участковым психиатром
c. Представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо
d. Комиссией врачей-психиатров психоневрологического диспансера
e. Ни одно из перечисленных

24. К несчастным случаям на производстве приравниваются случаи утраты трудоспособности:
a. В командировке
b. По пути на работу
c. При выполнении государственных или общественных обязанностей
d. При выполнении гражданского долга по спасению человеческой жизни, охране государственной собственности
e. Все перечисленное верно

25. К числу экстремальных природно-экологических факторов относятся:
a. Неблагоприятные природно-экологические факторы в условиях постоянного проживания
b. Землетрясения и иные природные катастрофы
c. Фон космического излучения
d. Значительная разница летней и зимней температур воздуха
e. Большое количество атмосферных осадков

26. Какие виды психопрофилактики Вы знаете:
a. Начальная
b. Первичная
c. Основная
d. Вторичная
e. Заключительная
f. Третичная

27. Какие основные терминологические отличия новой формулы медицинского критерия невменяемости от старой:
a. Термин «душевное заболевание» изменен на термин «психическое расстройство»
b. Перестали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
c. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
d. Из формулы исключено «иное болезненное состояние»
e. Нет терминологических отличий

28. Какова правильная формула медицинского критерия невменяемости (ст. 21 УК РФ):

a. …вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики

b. . . . вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния

c. . . . вследствие психического расстройства

d. . . . вследствие хронического психического расстройства или слабоумия

e. . . . вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия

29. Какова правильная формула медицинского критерия недееспособности (ст. 29 ГК РФ):

a. . . . вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики

b. . . . вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния

c. . . . вследствие психического расстройства

d. . . . вследствие душевной болезни или слабоумия

e. . . . вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия

30. Какова правильная формула юридического критерия невменяемости (ст. 21 УК РФ):

a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими

b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания

c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими

d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими

e. Не мог правильно руководить своими действиями

31. Какова правильная формула юридического критерия недееспособности (ст. 29 ГК РФ):

a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими

b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания

c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими

d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими

e. Не мог правильно руководить своими действиями

32. Каковы терминологические отличия новой формулы медицинского критерия недееспособности от старой:

a. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»

b. В формулу введено «иное болезненное состояние»

c. Определение «душевная болезнь или слабоумие» изменено на единый термин «психическое расстройство»

d. Стали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство

e. Нет терминологических отличий

33. Какой статьей закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» регламентирована недобровольная доставка в приёмное отделение психиатрических стационаров больного без его согласия:

a. статья 11
b. статья 14
c. статья 18
d. статья 25
e. статья 29

34. Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:

a. Не может проводиться никогда
b. Может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
c. Может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации
d. Может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
e. Может проводиться в амбулаторных условиях

35. Наличие юридического критерия невменяемости может быть обусловлено:

a. Наличием психических и соматических расстройств
b. Наличием индивидуально-психологических особенностей у психически здоровых лиц
c. Малолетним возрастом
d. Только наличием психических расстройств
e. Наличием соматических расстройств

36. Обвиняемому, совершившему тяжкое деяние, может быть проведена:

a. Любая экспертиза, предусмотренная процессуальным законодательством (амбулаторная, стационарная экспертиза, экспертиза в суде, экспертиза в кабинете следователя)
b. Только амбулаторная экспертиза
c. Амбулаторная экспертиза, экспертиза в суде
d. Стационарная экспертиза, экспертиза в суде
e. Только стационарная экспертиза

37. Основанием для госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке является его тяжелое психическое состояние, которое обусловливает:

a. Его непосредственную опасность для себя или окружающих
b. Его непосредственную опасность для себя
c. Его непосредственную опасность для окружающих
d. Его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
e. Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

38. От кого не принимаются вызовы бригад скорой психиатрической помощи:

a. от медицинских работников
b. от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников)
c. от работников полиции
d. от прямых родственников больных

e. как исключение вызовы могут приниматься от других лиц в случаях, когда больной проживает один, или прямые родственники больного, находясь с ним, не могут сами обратиться за помощью и просят об этом окружающих

f. в случаях общественно опасных действий больного

g. от посторонних лиц по их инициативе, если больной находится дома, проживает с прямыми родственниками, и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь

h. на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызывать полицию

39. От кого принимаются вызовы бригад скорой психиатрической помощи:

a. от медицинских работников

b. от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников)

c. от работников полиции

d. от прямых родственников больных

e. от посторонних лиц по их инициативе, если больной находится дома, проживает с прямыми родственниками, и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь

f. на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызывать полицию

40. Первичная профилактика направлена на:

a. Реабилитацию инвалидов

b. Лечение эндогенных заболеваний

c. Предупреждение возникновения психических расстройств

d. Военно-врачебную экспертизу психозов

e. Динамическое наблюдение за военнослужащими с аномалиями развития

41. По каким показателям оценивается эффективность психопрофилактической работы:

a. Повторная госпитализация

b. Уменьшение увольняемости

c. Сокращение трудопотерь

d. Уменьшение нарушений дисциплины

e. Улучшением успеваемости

f. Снижение заболеваемости

42. Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

a. Все лица без исключения

b. Только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением

c. Только госпитализированные в недобровольном порядке

d. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера

e. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке

43. При недобровольной госпитализации психически больного, в неотложных случаях, решение о проведении лечения без согласия больного может приниматься:

a. Врачом-психиатром единолично

b. Только комиссией врачей-психиатров

c. Только с санкции прокурора

d. Только по постановлению суда

e. Только по разрешению главного психиатра

44. При проведении экспертизы нетрудоспособности выделяют следующие критерии:

a. Медицинские
b. Медицинские и социальные
c. Медицинские, социальные и профессиональные
d. Медицинские, социальные, профессиональные и возрастно-половые

45. Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке может быть принято:

a. Врачом любой специальности
b. Фельдшером станции скорой медицинской помощи
c. Только врачом-психиатром
d. Органом управления здравоохранением
e. Ни одним из перечисленных

46. Решение об установлении диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством, или его прекращении принимается:

a. Врачом-психиатром единолично
b. Комиссией врачей-психиатров
c. Главным врачом диспансера
d. Только судом
e. Только прокурором

47. С какими науками тесно соприкасается судебная психиатрия:

a. С социологией
b. С невропатологией
c. С юриспруденцией
d. С психологией
e. Со всеми перечисленными науками

48. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать:

a. Никому не дано такого права
b. Соседи
c. Его сотрудники по работе
d. Судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения
e. Участковые врачи территориальных поликлиник

49. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя:

a. Только в начале курса терапии
b. При каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
c. В начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
d. При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
e. При проведении принудительного лечения

50. Третичная профилактика направлена на:

a. Выявление лиц с нервно-психической неустойчивостью
b. Предупреждение рецидивов психического заболевания
c. Профилактику невротических реакций

d. Предупреждение инвалидизации пациентов
e. Установление причины заболевания

51. Что является предметом судебно-психиатрической экспертизы:
a. Диагностика, профилактика, лечение психически больных
b. Профилактика общественно опасных действий психически больных
c. Решение вопросов о вменяемости-невменяемости
d. Выявление юридически значимых свойств психических расстройств
e. Решение вопросов о дееспособности и недееспособности

52. Юридический критерий невменяемости включает:
a. Интеллектуальный и волевой компоненты
b. Только интеллектуальный компонент
c. Только волевой компонент
d. Эмоциональный и волевой компоненты
e. Эмоциональный и интеллектуальный компоненты

53. Изучением связей между нервной системой и поведением занимается главным образом:
a. Зоопсихология
b. Парапсихология
c. Психофармакология
d. Психофизиология

54. В соответствии с основами законодательства об охране здоровья граждан РФ разрешена ли эвтаназия:
a. Да
b. Нет

55. Под нервно-психической неустойчивостью следует понимать:
a. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся склонностью к срыву оптимального функционирования и адекватного личностного (либо поведенческого) реагирования в условиях эмоционального напряжения
b. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся срывом оптимального функционирования и адекватного личностного (либо поведенческого) реагирования в условиях эмоционального напряжения
c. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся склонностью к срыву оптимального реагирования в условиях профессиональной деятельности

56. Признаки социально-психологической дезадаптации:
a. Низшая толерантность к эмоциональным нагрузкам
b. Снижение или утрата ценности жизни
c. Слабость психологической защиты
d. Неадекватная возможностям самооценка
e. Страх, тревога
f. Низкий интеллект
g. Нарушение поведения

57. Причиной беспомощного состояния потерпевшего может быть:
a. Только наличие психических расстройств и малолетний возраст
b. Наличие психических, соматических, непатологических индивидуально-психологических расстройств, малолетний возраст

c. Только малолетний возраст
d. Только наличие психических расстройств
e. Только наличие психических и соматических расстройств

58. Генетические исследования имеют наибольшее значение при диагностике:
a. Экзогенных психических заболеваний
b. Эндогенных психических заболеваний
c. Умственной отсталости
d. Экзогенно-органических психических заболеваний
e. Эндогенно-органических психических заболеваний
f. Психогенных психических заболеваний

К альфа-ритму относятся волны частотой:
a. Менее 8 герц
b. 8-12 герц
c. Более 12 герц

59. К бета-ритму относятся волны частотой:
a. Менее 8 герц
b. 8-12 герц
c. Более 12 герц

60. К психофизиологическим методам исследования в психиатрии относят:
a. Методы оценки показателей умственной и физической работоспособности
b. Методы изучения интеллекта
c. Физиологические методы оценки психического состояния
d. Методы изучения особенностей эмоциональной сферы больных

61. Клинико-психопатологическое исследование больных осуществляется путем:
a. Беседы с родственниками больного
b. Наблюдения
c. Опроса и наблюдения
d. Сбора анамнестических сведений
e. Анализа данных инструментального исследования

62. Краниография базируется на:
a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
b. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
c. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

63. Наибольшую диагностическую информативность краниография имеет при:
a. Эндогенных психических заболеваниях
b. Психогенных расстройствах
c. Экзогенно-органических психических заболеваниях
d. Эндогенно-органических психических заболеваниях

64. Наибольшую диагностическую информативность ЭЭГ имеет при:
a. Эндогенно-органических психических заболеваниях
b. Эндогенных психических заболеваниях
c. Психогенных расстройствах
d. Экзогенно-органических психических заболеваниях

65. Основным методом исследования в психиатрии является:
a. Электроэнцефалографический
b. Инструментальный
c. Психологический
d. Генетический
e. Клинико-психопатологический
f. Эпидемиологический
g. Иммунологический

66. Основными частотными диапазонами ЭЭГ являются:
a. Дельта-, тэта-и бета-диапазоны
b. Дельта-, тэта-и альфа-диапазоны
c. Тэта-, альфа-и бета-диапазоны
d. Дельта-, альфа-и бета-диапазоны
e. Дельта-, тэта-, альфа-и бета-диапазоны

67. Преобладающим частотным ЭЭГ-диапазоном здорового человека являются:
a. Дельта-волны
b. Тэта-волны
c. Альфа-волны
d. Бета-волны

68. Психический статус представляет собой:
a. Общую оценку психической деятельности в целом
b. Совокупность признаков расстройств психики
c. Характеристику сохранных элементов психической деятельности

69. Типичными ЭЭГ-признаками эпилепсии считаются:
a. Комплекс «медленная волна -быстрая волна»
b. Комплекс «быстрая волна -медленная волна»
c. Комплекс «быстрая волна -пик»
d. Комплекс «медленная волна -пик»
e. Комплекс «пик -быстрая волна»
f. Комплекс «пик -медленная волна»

70. Эхо-энцефалография базируется на:
a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
b. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
c. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

71. Акатизия:
a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
b. Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
c. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости

e. Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика

72. Амитриптилин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Психостимуляторов
c. Нормотимиков
d. Ноотропов
e. Антидепрессантов
f. Нейролептиков

73. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

74. Все следующие утверждения по поводу электросудорожной терапии верны, кроме:
a. Основным показанием для этого вида лечения является депрессия
b. Она может быть эффективной в лечении больных с маниакальным возбуждением
c. Она получила широкое распространение в комплексной терапии обсессивно-фобического невроза
d. Она может вызвать нарушения памяти

75. Галоперидол относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Транквилизаторов
c. Антидепрессантов
d. Психостимуляторов
e. Нормотимиков
f. Ноотропов

76. Диазепам относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Нейролептиков

77. Имипрамин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Нейролептиков
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Антидепрессантов

78. К ингибиторам МАО относятся:
a. Ниаламид

b. Амитриптилин
c. Диазепам
d. Пимозид
e. Ни один из перечисленных

79. К производным бензодиазепина относятся следующие препараты, исключая:
a. Хлордиазепоксид
b. Диазепам
c. Нитразепам
d. Оксазепам
e. Ниаламид

80. К производным бутирофенона относятся:
a. Галоперидол
b. Резерпин
c. Диазепам
d. Хлорпромазин
e. Ни один из перечисленных

81. К производным фенотиазина относятся:
a. Галоперидол
b. Резерпин
c. Диазепам
d. Хлорпромазин
e. Ни один из перечисленных

82. К трициклическим антидепрессантам относятся:
a. Имипрамин
b. Амитриптилин
c. Кломипрамин
d. Пипофезин
e. Все перечисленные

83. Какие из перечисленных препаратов являются антидепрессантами:
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Левомепромазин
f. Пирацетам
g. Хлорпромазин
h. Имипрамин

84. Какие из перечисленных препаратов являются нейролептиками:
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Левомепромазин
f. Пирацетам
g. Хлорпромазин
h. Имипрамин

85. Какие из перечисленных препаратов являются ноотропами:
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Левомепромазин
f. Пирацетам
g. Имипрамин
h. Гамма-аминомасляная кислота

86. Какие из перечисленных препаратов являются транквилизаторами:
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Левомепромазин
e. Пирацетам
f. Хлорпромазин
g. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
h. Нитразепам

87. Какие из перечисленных психотропных препаратов чаще всего вызывают экстрапирамидные расстройства
a. Галоперидол
b. Алимемазин
c. Хлорпротиксен
d. Нитразепам
e. Диазепам

88. Какой из перечисленных препаратов относится к классу психостимуляторов:
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Мезокарб
d. Галоперидол
e. Левомепромазин
f. Пирацетам
g. Имипрамин
h. Гамма-аминомасляная кислота

89. Какой из перечисленных синдромов обусловлен побочным действием нейролептиков:
a. Делириозный синдром
b. Судорожный синдром
c. Экстрапирамидный синдром

90. Какой класс препаратов требует исключения из диеты больного копченостей, сыра и творога, а также не комбинируется с другими психотропными средствами:
a. Антидепрессанты -ингибиторы обратного захвата серотонина (Прозак)
b. Антидепрессанты -необратимые ингибиторы МАО (Ниаламид)
c. Ноотропы с ГАМК-ергическими свойствами (Пирацетам)
d. Нейролептики бутерофенонового ряда (Галоперидол)
e. Соли лития (лития карбонат)

91. Клофелин относится к:
a. Опиатам
b. а-Адреноблокаторам
c. Антагонистам опиатов
d. Антагонистам опийных рецепторов

92. Лития карбонат относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

93. Мезокарб относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

94. Методы психотерапии патогенетически обоснованы в комплексной терапии:
a. Маниакально-депрессивного психоза
b. Шизофрении
c. Неврозов
d. Эпилепсии
e. Отдаленных последствий черепно-мозговой травмы

95. Методы экстракорпоральной детоксикации в лечении психически больных наиболее часто применяются с целью:
a. Профилактики развития фаз при маниакально-депрессивном синдроме
b. Преодоления терапевтической резистентности к психотропным препаратам
c. Уменьшения выраженности тревожных расстройств
d. Коррекции побочных эффектов лекарственных средств

96. Миансерин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Нейролептиков
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Антидепрессантов
f. Ноотропов

97. Налтрексон применяется:
a. Внутрь в таблетках, капсулах
b. Внутрь в сиропе
c. Внутримышечно
d. Внутривенно
e. Путем имплантации в мышечные ткани

98. Нейролептики являются препаратами выбора в лечении:
a. Депрессии
b. Невроза
c. Психопатии
d. Шизофрении
e. Интоксикационного делирия

99. Основным показанием для назначения амитриптилина является:
a. Депрессия
b. Алкоголизм
c. Психопатия
d. Шизофрения
e. Интоксикационный делирий
f. Болезнь Альцгеймера

100. Основным показанием для назначения транквилизаторов является:
a. Депрессия
b. Шизофрения
c. Тревожные расстройства
d. Синдром психического автоматизма
e. Первичный систематизированный бред

101. Пирацетам относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

102. Тригексифенидил в комплексной терапии шизофрении применяется с целью:
a. Усиления антипсихотических эффектов нейролептиков
b. Уменьшения выраженности побочных эффектов нейролептиков
c. Предупреждения развития терапевтической резистентности при длительной терапии нейролептиками

103. Трифлуоперазин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Нейролептиков

104. Хлорпромазин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нейролептиков
e. Нормотимиков
f. Ноотропов

105. MMPI, опросник Кеттелла относятся к методам:
a. проективным
b. стандартизированного самоотчета
c. диалоговым
d. аппаратурным
e. анализа продуктов деятельности

106. В «Пиктограмме» испытуемый на понятие «развитие» рисует спираль. назовите 2 верные интерпретации данной образной ассоциации:
a. ассоциация конкретного уровня
b. ассоциация символического (категориального) уровня
c. ассоциация эмоционально насыщенная
d. ассоциация формальная
e. ассоциация выхолощенная (бессодержательная)

107. В «Счете по Крепелину» испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 25, 21, 21, 15, 12, 7. это свидетельствует о:
a. утомляемости
b. снижении уровня обобщения
c. нарушениях памяти
d. колебаниях внимания
e. нарушениях восприятия

108. Из 10 слов испытуемый воспроизводит 4. это свидетельствует о:
a. нормальном объеме запоминания
b. высоком объеме запоминания
c. низком объеме запоминания

109. Использование несущественных признаков объектов, латентных или маловероятных признаков объектов при обобщении является:
a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

110. Испытуемый объединяет в одну группу книгу и дерево на основании того, что «и там и там есть лист». Данное обобщение можно интерпретировать как проявление:
a. снижения уровня обобщения
b. искажения процесса обобщения
c. ригидности мышления
d. нарушения динамики мыслительной деятельности
e. нарушения внимания

111. Испытуемый объясняет пословицу «Шила в мешке не утаишь» так: «правильно, оно же острое – проткнет мешок». это свидетельствует о:
a. правильном понимании условного смысла
b. искаженном понимании условного смысла
c. резонерстве
d. буквальном (конкретном) понимании условного смысла

e. соскальзываниях в суждении

112. Методика «10 слов», предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

113. Методика «Исключение понятий» предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

114. Методика «Классификация» предназначена для исследования:
a. мышления
b. памяти
c. восприятия
d. внимания и умственной работоспособности
e. личности

115. Методика «Корректурная проба Бурдона», предназначена для исследования
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

116. Методика «Отсчитывание», предназначена для исследования
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

117. Методика «Пиктограмма» предназначена для исследования:
a. непосредственного запоминания
b. опосредованного запоминания
c. смыслового запоминания
d. непроизвольного запоминания

118. Методика «Простые аналогии» предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

119. Методика «Сравнение понятий» предназначена для исследования:

a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

120. Методика «Существенные признаки» предназначена для исследования:
a. памяти
b. мышления
c. восприятия
d. внимания и умственной работоспособности
e. личности

121. Методика «Счет по Крепелину», предназначена для исследования
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

122. Методика «Таблицы Шульте», предназначена для исследования
a. памяти
b. восприятия
c. мышления
d. внимания и умственной работоспособности
e. личности

123. Методика Леонтьева предназначена для исследования
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

124. Опросник Кеттелла основан на:
a. теории бессознательного
b. теории установки
c. теории деятельности
d. теории черт личности
e. теории поведения

125. Опросник Кеттелла, опросник Шмишека предназначены для исследования:
a. способностей
b. характера
c. темперамента
d. эмоциональных состояний
e. уровня умственного развития

126. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что «у них по четыре ноги». Данный ответ можно интерпретировать как проявление:
a. снижения уровня обобщения

b. искажения процесса обобщения
c. ригидности мышления
d. нарушения динамики мыслительной деятельности
e. нарушения внимания

127. ТАТ и тест Роршаха относятся к следующему виду проективной техники:
a. классическая словесная апперцепция
b. проективное предпочтение
c. проективное шкалирование

128. Тест Векслера, тест Равена предназначены для исследования:
a. способностей
b. характера
c. темперамента
d. эмоциональных состояний
e. уровня умственного развития

Ситуационные задачи

(Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Раздел 1

1. Больной К., 18 лет, при поступлении предъявил жалобы на раздражительность, плохой сон, трудности в общении со сверстниками. Из анамнеза известно, что в детстве болел простудными заболеваниями. Воспитание в семье получил по типу гиперопеки, постоянно контролировался родителями. По характеру сформировался капризным, обидчивым, внушаемым. На замечания реагировал бурными эмоциональными вспышками, но быстро успокаивался. Любил находиться в центре внимания, активно участвовал в общественных мероприятиях. После уличного конфликта не работал длительное время, так как «потерял речь». Лечился амбулаторно, с положительным результатом. Часто предъявлял жалобы на здоровье, которые при обследовании не подтверждались. После очередного конфликта вновь перестал разговаривать. При обследовании: сознание ясное. Психотических расстройств нет. Эмоционально лабилен, в поведении демонстративен, театрален. Стремился выделиться среди больных. Искал сочувствия у персонала.

Вопросы:
1. Права пациента и регламент оказания помощи врача?
2. Ваш диагноз?

2. К семейному врачу родителями был приведен на прием Ж., 18 лет. Из рассказа родителей выяснилось, что Ж. утром этого дня был найден в заброшенном старом доме в компании двух подростков с полиэтиленовым пакетом на голове, при снятии которого почувствовался резкий запах ацетона. Сам Ж. некоторое время затруднялся вступить в контакт, выглядел «как пьяный» с расширенными зрачками и сильно гиперемированным лицом. На вопросы отвечал односложно, избирательно.

При беседе ведет себя развязно, демонстративно. Откровенно рассказывает о том, что уже в течение нескольких лет занимается вдыханием паров различных веществ бытовой химии: очистителей стекол, ацетона, растворителей, клея «Момент» и др. Подробно описывает все ощущения, которые возникают при вдыхании указанных веществ: ощущение благодушия, беззаботности, видения «мультиков», при этом искренне бравирует своим прошлым. Критика к своему состоянию легковесная, настрой на здоровый образ жизни отрицательный.

Вопросы:
1. Каков Ваш диагноз?
2. Возможные действия врача?

3. Правовые основы для пациента?

3. Больной Б., 16 лет, ученик средней школы. Рос и развивался нормально, учится хорошо, занимался спортом. Два месяца назад перенес грипп с высокой температурой, в последующем оставался астенизированным, с трудом справлялся с учебной программой, перестал посещать спортивную секцию. Поводом для обращения к психиатру стали жалобы подростка, на которые обратили внимание родители подростка. Заявлял, что на улице «машины как-то уменьшились в размерах, а дома стали казаться очень большими». Некоторые предметы. Например – «деревья, столбы», воспринимал как «искореженные, будто бы в мультфильмах», улица казалась «бесконечной». Лестница дома «как будто вела в небо». При этом ориентировки в окружающем не терял, считал, что «на самом деле ничего не изменилось, все осталось на своих местах, мне это только кажется». Излагая свои болезненные переживания, остается внешне спокойным, охотно беседует, просит «дать лекарства, чтобы все воспринималось по-прежнему».

Вопрос:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. Психопроылактические и социальные аспекты помощи?

4. Больной И., 34 года, военнослужащий. Принимая непосредственное участие в боевых действиях в Чечне, подорвался на мине, в бессознательном состоянии был госпитализирован. По выходе из коматозного состояния обнаружил выпадение памяти на период, предшествующий подрыву сроком на 7-8 дней: «помню, как получили приказ, как готовились к выполнению боевого задания, а потом несколько дней забылись начисто… Очнулся лишь в госпитале, после операции, не знаю, почему здесь оказался…». После длительного лечения вернулся в строй, приступил к исполнению служебных обязанностей, однако, спустя несколько месяцев, начал обращать внимание на ослабление памяти: «стал каким-то забывчивым, не могу вспомнить необходимое в данный момент, хотя позже эти факты сами всплывают в памяти, путаю часто даты, имена, телефоны и т. д. » Чтобы компенсировать мнестические недостатки начал пользоваться записной книжкой, постоянно держит под рукой справочник, «стал тренировать свою память, даже книжку купил специальную по этой теме». Поводом для обращения к психиатру послужили нелепые высказывания, на которые обратили внимание окружающие.

Неоднократно, особенно при встречах с боевыми друзьями, рассказывал о своем «героическом прошлом», о якобы «сверхсекретных заданиях», которые выполнял по непосредственному приказу из Москвы, о том, что имел личные контакты с высшими командными лицами (как с нашими, так и со стороны противника), заявлял, что принимая личное участие в стратегических разработках, что «тайно» награжден рядом правительственных наград. В ответ на объективное мнение сослуживцев, что очень многое в рассказах И. не соответствует (и не могло соответствовать!) реальной обстановке не возражает, активно не спорит, «хотите верьте – хотите нет». Со слов окружающих, «вроде бы по характеру И. остался таким же, да и по службе, в целом, справляется, дома у него все нормально. Выдумал про себя какую-то сказку, и верит в нее, как ребенок…».

Вопрос:

1. Правовые основы помощи?
2. Какие психопатологические симптомы (в количестве 3-х) Вы можете выявить в этом клиническом наблюдении?

5. Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

Вопрос:

2. Расскажите возможные варианты оказания психотерапевтической помощи.
3. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента.

6. Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Свое поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейролептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

Вопросы:

2. Какие именно варианты антипсихотической терапии возможны в показаниях к лечению
3. Права пациента?

7. Расскажите основы инструкции «Об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения» (утв. приказом Минздрава РФ 5 мая 1999 г. No 154).

Расскажите основные задачи и функции отделения.

8. Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 года No 1705н

Расскажите основные реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии:

1. Врачей
2. Медицинских сестер
3. Специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, учителей-дефектологов).

9. Пациент А. 27 лет с диагнозом «Параноидная шизофрения» наблюдается в ПНД по месту жительства.

Расскажите, в чем заключается и что включает в себя медицинская реабилитация.

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. No 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы», Приложение No 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. N 534 «Положение об организации деятельности Центра патологии речи и нейрореабилитации»

В чем заключается рекомендуемая структура Центра?

11. Приложение No 1 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. No 566н «Правила организации деятельности психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)»

Для обеспечения функций психоневрологического диспансера по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях рекомендуется предусматривать в его структуре какие подразделения?

12. «Положение об организации деятельности психотерапевтического центра» (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. No 438)

Рекомендуемая структура психотерапевтического центра состоит из чего?

13. На прием обратилась женщина 41 г., образование средне-специальное, занята на периодических работах в фирме у мужа, замужем, брак в течение 25 лет, муж директор коммерческой организации, 44 г., двое детей: сын 25 лет – молодой специалист, дочь поступила в вуз в другом городе. Причиной обращения считает семейный кризис и неверность супруга. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, предшествовавшие обращению недельное состояние с колебаниями АД, головокружениями, пошатываниями при ходьбе (лечилась в стационаре на дому у невропатолога), переживает ощущение личного краха. При обращении подолгу рассказывает о семейных сложностях.

Какая терапия показана на данном этапе?

14. К Вам обратилась женщина с заказом на семейную психотерапию. Предъявляет жалобы на головные боли, возникающие после конфликтов с мужем. До этого обследовалась, органических заболеваний не выявлено. Муж соглашается присутствовать на семейных встречах, но повода для собственных личностных изменений не видит.

В данном случае возможно проведение какой терапии?

15. Пациентка В., 23-х лет, физик. Внешне спокойна. Взгляд холодновато -отрешённый, очки с затейливо-готической оправой. Впечатление душевной малодоступности за маской вежливо-церемонной доброжелательности. Когда получили с мужем, математиком, от своего учреждения отдельную квартиру и можно было переехать туда от свекрови, с которой постоянно ссорилась, муж подал на развод, пожелав остаться с матерью. В. согласилась с этим: «человек должен быть свободен в своём выборе». Но теперь, когда оказалась одна в новой квартире, всё мучается вопросами о том, почему она и её свекровь не могут «душевно пробиться друг к другу», хотя обе испытывают это желание. Тягостное взаимонепонимание при сильном желании быть духовно, душевно вместе.

1. Вероятнее всего, у пациентки В. какой диагноз?

2. Тактика врача?
3. Права пациента?

16. Женщина 27 лет, обратилась амбулаторно с жалобами на трудности засыпания, подавленность, «лень». Описывает у себя периодические состояния грусти, начиная с подросткового возраста. Временами чувствует себя лучше, но эти периоды длятся не более 2-х недель, улучшения почти не бывают полными. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Фиксирует внимание на повторных разочарованиях в жизни, на низкой самооценке.

1. Диагноз?
2. Социальные и психолого-психотерапевтические варианты помощи?

17. У 40-летнего женатого мужчины, преуспевающего бизнесмена с удовлетворительной семейной жизнью, отмечается сосредоточенность на мыслях о возможной связи с более молодой женщиной. У него не отмечено психических расстройств в анамнезе и других жалоб. К

1. Какая психотерапия наиболее адекватна?
2. Правовые основы регулирования оказания помощи?

18. В области организации психиатрической помощи и совершенствования ее нормативно-правовой базы в соответствии с п. 1 «Плана мероприятий по совершенствованию в течение 2020-2024 годов системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации», утвержденного распоряжением Правительства РФ No 3512-р от 23. 12. 2020 г., в 2021 г. необходимо завершить работу по созданию либо актуализации нормативной базы оказания психиатрической помощи.

Что включает в себя?

19. К психотерапевту на прием приходит женщина, ждущая ребенка, по словам клиентки, это не желанный ребенок, так как отношения с мужем разладились, и она собирается от него уйти. Клиентка хочет, чтобы психолог помог ей принять решение, оставлять ребенка, либо сделать аборт. Психолог по своим убеждениям является верующим человеком и считает аборт недопустимым.

Вопросы:

1. Должен ли психолог работать с данным клиентом?
2. Как психолог должен строить свою работу с клиентом, чтобы помочь ей принять верное для нее решение?

20. К психотерапевту обратились родители подростка. Сын стал неуправляемым, не успевает в школе, часто прогуливает уроки. Терапевт просит привести на терапию подростка. Терапия проходит успешно, и через несколько сеансов подросток сообщает консультанту, что он распространяет наркотики в школе и получает за это деньги. Психотерапевт обратился к директору школы и рассказал об этом случае.

Вопросы:

1. Правильно ли сделал терапевт, что обратился не к родителям подростка, а к директору школы?
2. Нарушил ли терапевт правило конфиденциальности?

21. Психотерапевт работает с несовершеннолетним подростком 14 лет. В процессе психотерапии подросток поделился с терапевтом информацией, которую не хочет рассказывать родителям, но по закону ее следует сообщить родителям (у подростка имеется инфекция, передающаяся половым путем).

Вопрос: следует ли психотерапевту сообщать эти сведения родителям?

22. При каких основных психических расстройствах определяется та или иная группа инвалидности при медико-социальной экспертизе?

23. Ночью в приемный покой многопрофильной больницы самостоятельно обратился гражданин К. с просьбой оказать ему помощь и укрыть от преследователей. Сообщил, что уже несколько месяцев замечает за собой слежку. В его отсутствие в квартире установили подслушивающие устройства особой конструкции, способные не только записывать его разговоры, но и мысли. Сегодня, из-за ведущегося за ним наблюдения не пошел на работу, весь день казалось, что видел какие-то подозрительные машины у подъезда, видел из окна, как люди жестикуляцией передавали друг другу подробную информацию о нем.

Когда стемнело, спасаясь от преследователей, спустился по водосточной трубе с 4-го этажа, поранил руки, подвернул ногу и на такси приехал в больницу. Пациент ориентирован во всех видах правильно, тревожен, напряжен, подозрительно осматривается по сторонам. Не может объяснить мотивы преследования, считает, что "они ошиблись, меня приняли за кого-то другого". Разубеждению не поддается, просит вызвать милицию или прокурора.

1 Оптимальная тактика дежурного врача приемного покоя

2 Возможно ли в данном случае в психиатрическое освидетельствование пациента

3 Психический статус пациента определяется как?

4 Критичность к своему состоянию у данного пациента?

24. Пациент, 30 лет, бывший военный. По характеру целеустремленный, решительный, склонный к самосовершенствованию. Участвовал в боевых действиях, его подразделение почти полностью было уничтожено в бою. После демобилизации, 2 года назад, стал периодически испытывать состояния, когда, как будто наяву, видел сцены того трагического сражения и гибели сослуживцев. Такие состояния длились 5-20 минут, после них чувствовал подавленность. Наплывы воспоминаний провоцируются событиями и фильмами, напоминающими о войне. По ночам отмечал кошмарные сновидения подобной же тематики, просыпался в ужасе, долго не мог заснуть. Стал избегать выхода на улицу, перестал смотреть телевизор из-за боязни вызвать вышеописанные воспоминания. Практически ни с кем не общался, не мог устроиться на работу и устроить личную жизнь из-за раздражительности, нетерпимости к мирной жизни, где «все лгут, и не понимают, что ему пришлось перенести». Жил на ранее накопленные средства, чтобы лучше спать, стал прибегать к алкоголю. Обратился к психиатру по совету сослуживца. Фон настроения нерезко снижен с оттенком раздражения. Выглядит тревожным, голос громкий с раздражительными интонациями. Считает, что врач его не понимает, переходит на крик, стучит кулаком по столу. Жалуется на возникающие помимо воли наплывы воспоминаний о боевых действиях, раздражительность, кошмарные сны. Просит успокоительных таблеток, хочет найти работу, создать семью. Критичен к частому употреблению алкоголя.

1. Какой диагноз?

2. В комплексе немедикаментозной терапии и реабилитации у данного пациента ведущее значение что будет иметь?

Раздел 2

1. 1. Больной К., 20 лет, студент. Прибыл на осмотр врачом-психиатром в сопровождении родителей. С их слов, родной дядя по линии матери страдал «каким-то эндогенным заболеванием, неоднократно лечился в психбольницах». Мальчик рос и развивался нормально, единственный ребенок в семье, был достаточно живой и общительный, среди сверстников ничем не выделялся, успешно закончил школу и поступил в технический ВУЗ. В настоящее время – студент 3-го курса, проживает с родителями, холост.

Примерно год тому назад родители обратили внимание на «изменение в характере»: без видимой причины, с их слов, «у сына куда-то стали исчезать ранее свойственные ему чувства привязанности, любви к семье, стал каким-то формальным в общении, на словах говорит все правильно, но как-то безлико, без эмоции. Раньше любил ухаживать и гулять с собакой, а сейчас к ней стал совсем безразличным, в институте отошел от прежних друзей, заявлял об утрате интереса к выбранной профессии. Нарастает пассивность, безразличие, да и за собой

постепенно перестал следить: приходится напоминать, чтобы вовремя подстригся, принял душ, потерял прежнюю аккуратность в одежде. Выражение лица становится каким-то отупелым, без четких живых эмоций. Сокурсники говорили, что за последний год К. существенно изменился, хотя с учебными нагрузками справляется, в целом, успешно, но в общении стал совершенно другим человеком, эмоции у него становятся плоскими, однообразными, его ничего сильно ни радует, ни огорчает.

При осмотре: формально ориентировка сохранена, внешне спокоен, безразличен к процедуре осмотра, «раз родители привели – значит, так надо…». Мимика невыразительная, ответы односложные, выражениях эмоциональных проявлений не обнаруживает, считает свое психическое состояние «нормальным», хотя тут же соглашается с предложением обследования в условиях психиатрического стационара. Острых психических расстройств на момент осмотра не обнаруживает.

Вопрос:

1. Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?

2. Обследуемый А., 14 лет, школьник. Поводом для консультации у психиатра послужило беспокойство родителей и учителей участившиеся за последний год случаи немотивированного воровства. В школе и дома крадет предметы, необходимость в которых явно отсутствует: может взять из портфеля одноклассников авторучку, чистую тетрадь и выбросить их где-то рядом с классом, либо вскоре с шутками вернуть их владельцам. Из дома несколько раз утаскивал чистые носки, ложки и вилки, на вопросы родителей давал невразумительные объяснения: «сам не знаю, зачем они мне, просто что-то находит на меня, когда очень хочется украсть…». Проживает в хороших материальных условиях, воровство совершается обычно без типичных мер предосторожностей, дорогие вещи, деньги обычно внимания не привлекают, сам объясняет свои особенности поведения «дурным влечением», причину появления которого не знает.

Вопрос:

1. Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?

3. Врач скорой помощи в ночное время был вызван на дом к больному Н., 36 лет. Со слов родственников, Н. два дня назад самостоятельно вышел из недельного запоя, к вечеру предыдущего дня стал немотивированно раздражителен, возбужден, звал какого-то Ивана Васильевича, ловил на кровати несуществующих «котят». Из собранного анамнеза стало известно, что в детстве Н. перенес две черепно-мозговых травмы, по поводу чего неоднократно находился на лечении в неврологическом стационаре. С 26 лет систематически употребляет крепкие спиртные напитки, последние 5-6 лет с обязательным утренним «опохмелением», нередко переходящим в запои по 7-10 дней. Последнее время алкогольные эксцессы сопровождаются раздражительностью, придирчивостью, неприязнью, недовольством, легко переходящим в злобу с агрессивными поступками.

На момент осмотра пульс 96 уд/мин, АД 110/65 мм рт. ст., частота дыхания 24 в мин, возбужден, весь дрожит, покрыт липким потом. В контакт вступает с трудом, при беседе напряжен, с испугом озирается по сторонам, недоуменно смотрит на врача. Свое имя и фамилию называет правильно. Считает, что находится около похоронного бюро. Вдруг вскакивает и кричит: «Смывайте быстро кровь, дочка кровью исходит». Неадекватно смеется. Вместо врача видит какую-то Ирину Васильевну. На повторный вопрос, где он находится, заявляет: «Что вы меня заливаете водой?. . Я в пивнухе, стою на рабочем месте… Опять кровь с меня течет, вытрите меня». Просит «отделить проводку от руки». Неправильно называет число и месяц. Постоянно сдувает «мошек» с одеяла.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. Действия врача скорой помощи

4. Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спасаться от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

Вопросы:

3. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
4. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. О каком синдроме идет речь?

5. Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку… Стыдно. . . Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом. . . . Я черт, а не бог. . . Вы все с ума сойдете. . . У меня торможение. . . Хлорпромазин, а потом в магазин. . . » и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Вопросы:

4. Определите ведущие симптомы;
5. Назовите синдром?

6. К врачу обратилась мать 13-летней девочки с жалобами на то, что ее дочь последние полтора года «периодически выпадает из жизни». Во время беседы дочь может внезапно остановиться и замолчать, однако, на вопрос: «Что с тобой?» – она тут же отвечает: «Ничего» – и продолжает беседу. Во время еды она может уронить ложку, какое-то мгновение быть с отсутствующим взором, но через секунду «оживает», растерянно оглядывается и продолжает есть. Сама девочка эти состояния не замечает или, отшучиваясь, говорит, что у нее бывают «отключения».

Со слов матери, детские годы жизни дочери прошли в тяжелых психотравмирующих условиях, связанных с пьянством

отца. До 10 лет девочка страдала ночным энурезом, в 11 лет была сбита мотоциклистом, в результате чего получила черепно-мозговую травму с сотрясением головного мозга. В последнее время у нее снизилась успеваемость, появилась немотивированная раздражительность с элементами агрессивности. Из аккуратной «покладистой» девочки «превратилась» в конфликтную, злопамятную «молодую особу».

Вопросы:
1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

7. К врачу общей практики доставлен больной Л., 18 лет, который во время строительных работ получил удар по голове ручкой раскручивающейся лебедки. На момент осмотра пульс 78 уд/мин, АД 130/85 мм рт. ст., в области лба болезненная гематома 3 х 5 см. Апатичен, адинамичен, в целом напоминал человека в состоянии сильного опьянения. Реагировал только на те вопросы, которые задавались громким голосом. Отвечал с трудом, односложно и неполно. Движения замедленные, лицо гипомимично, выражение безразличное. Болевая чувствительность и рефлексы сохранены в полном объеме.

Вместо госпитализации был оставлен в медицинском пункте под наблюдение дежурного врача. Состояние пострадавшего ухудшалось, он перестал отвечать на вопросы, на громкие окрики только открывал глаза или беззвучно шевелил губами. Реакция на болевое раздражение ослаблена, но все же оставалась сохранной (одергивал руку при уколе), сохранялись также зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции, высота сухожильных рефлексов резко снизилась.

Вопросы:
1. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?
2. Каковы должны быть действия врача?

8. К врачу-психиатру обратилась гражданка Ф., 43 лет, с жалобами на то, что последнее время она замечает у себя «некую внутреннюю отчужденность», стала «какой-то другой, …это я и не я – чувствую это, а описать не могу». Недавно, например, очень ждала приезда своего сына, которого не видела уже несколько лет. Но после свидания «сидела и горько плакала: он пришел, мой горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, это так ужасно, так мучительно». В процессе обследования психической сферы удалось выяснить, что память, внимание и мышление не обнаруживают никаких формальных расстройств, а сама настойчивость, с которой Ф. укоряет себя в преступном равнодушии к сыну, исключает наличие у нее эмоциональной тупости в узком значении этого слова.

При беседе Ф. вспомнила интересный эпизод своей жизни: однажды, в 15 лет, она долго готовилась перед экзаменами, очень волновалась и практически не спала несколько ночей подряд. На фоне общей усталости и астенизации она вдруг заметила, что «не чувствует своих ног». Подсевшая к ее кровати мать, казалось, «находилась где-то очень далеко». Через несколько минут все это прошло.

Вопрос:

2. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?

9. Больной З., 32 лет, находится на лечении в психиатрической клинике. Из анамнеза известно, что родился в состоянии асфиксии, с детства отличался замкнутостью, малоподвижностью, склонностью к одиночеству. 6 лет назад развелся, после чего злоупотребляет спиртными напитками, дважды госпитализировался в токсикологический центр по поводу отравления суррогатами алкоголя, исключен из Вооруженных сил согласно решению ВВК об ограничении годности к военной службе по поводу хронического алкоголизма.

В настоящий момент госпитализирован в психиатрический стационар в связи с тем, что считает себя «правителем всей вселенной», утверждает, что он «сделал великие открытия, …изобрел эликсир жизни, perpetum mobile, …написал множество книг под псевдонимами Пушкина и Толстого, …владеет сказочным богатством, огромным количеством денег, золота и драгоценностей». Кроме того, заявляет, что в него «влюблены все женщины мира» и он специально пришел в больницу, чтобы «спрятаться от них и отдохнуть». При этом обнаруживает стеничную одержимость болезненными идеями и полное отсутствие критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. О каком синдроме идет речь?

10. Больной К. 39 лет. Отец больного злоупотреблял спиртными напитками. В детстве серьезными заболеваниями не болел. Учился «средне», по характеру ранее был веселым, «компанейским». За последние годы характер изменился, появилась вспыльчивость, раздражительность. После окончания 10 классов поступил в военное училище, первые годы после его окончания женился, успешно продвигался по службе. Спиртные напитки стал употреблять с 19-летнего возраста. Выпивал в компании, умеренно. Незаметно втянулся, ежедневно после работы стал выпивать с сослуживцами. Выпив немного, терял над собою контроль, доводил себя до тяжелого алкогольного опьянения. Начал похмеляться по утрам, без этого не мог работать. Появились упущения по службе, служебные взыскания, задержка очередных воинских званий, ухудшились отношения с женой. В течение последних 10 лет пьет запоями по 7-10 дней подряд, до 1 литра водки в день, часто являлся на службу пьяным, совершал прогулы. Дома в состоянии опьянения устраивал дебоши, ломал мебель, избивал жену. После развода с ней взял отпуск, в течение 2-х недель пьянствовал, практически ничего не ел. Три дня назад пить перестал, так как закончились деньги. Чувствовал себя плохо, появилась бессонница, тошнота, боли в области сердца. Соседи вызвали скорую помощь и милицию, так как из квартиры слышались по ночам громкие крики, больной стучал в стены, выбил в квартире все стекла, отказывался открывать дверь.

При осмотре больной возбужден, не может усидеть на одном месте, залезает под кровать, ползает по полу, заглядывает под столы и стулья, что-то ищет. Весь напрягается, с выражением ужаса на лице вскрикивает: «Вон она побежала, с длинным хвостом!» Не может точно назвать число и день недели. Прислушивается к разговорам за окном, восклицает: «Это опять они, те бандиты, что хотят меня убить!»

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

11. Больная С. 34 лет. Родители злоупотребляли алкоголем. Когда больной было 2 года, ее отец, после нескольких дней запоя повесился. Через год мать в состоянии алкогольного опьянения попала под поезд. Воспитывалась в детском доме, затем училась в школе-интернате. Учеба давалась с трудом, после окончания 8 классов закончила ПТУ, получила специальность штукатура-маляра. С 12 лет алкоголизируется, половая жизнь с 13 лет, беспорядочная,

неоднократно лечилась по поводу венерических заболеваний. Из-за пьянства и прогулов нигде на работе подолгу не удерживалась, в настоящее время не работает. Трижды привлекалась к уголовной ответственности за кражи, отбывала наказание в исправительной колонии общего режима в течение 3 лет. Замужем не была, имеет 2 детей, судом лишена родительских прав. Проживает в общежитии с сожителем. Накануне поступления, после ссоры с сожителем в состоянии алкогольного опьянения, с суицидной целью выпила около 200 мл. дихлофоса. Соседи по комнате после безуспешных попыток разбудить больную вызвали неотложную помощь. Доставлена в токсикологический центр.

При осмотре: Контакту недоступна. Кожный покров с синюшным оттенком. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. дыхание ослаблено, в нижних отделах легких с обеих сторон влажные хрипы. Живот мягкий. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги. Зрачки сужены, реакция на свет слабая. Корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные рефлексы не вызываются. На болевые раздражители не реагирует. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у пациентки?
2. К какой группе синдромов он относится?

12. Больной С. 19 лет. Единственный ребенок в семье. В росте и развитии не отставал. В школу пошел своевременно, закончил 10 классов, учился средне. После школы работал токарем на заводе. Призван в Вооруженные силы, служил в танковых войсках. По службе сначала характеризовался положительно. Однако через некоторое время командование и сослуживцы заметили отклонения в поведении. Стал уединяться, перестал общаться с сослуживцами, несколько дней не спал, отсутствовал на построении, в результате поисков был обнаружен на чердаке казармы с намотанными на голову проводами. Заявлял о том, что подвергается воздействию «особых лучей из космоса», что его мысли известны окружающим, его действиями управляют инопланетяне. Был направлен в психиатрическое отделение госпиталя. Через несколько дней после поступления состояние ухудшилось. Перестал вступать в контакт с больными и медперсоналом, не принимал пищу, неподвижно лежал на постели с открытыми глазами, с интересом и изумлением вглядываясь в потолок. Был неопрятен калом и мочой, налажено питание больного через зонд. Через две недели состояние улучшилось, постепенно стал вставать с постели в туалет, для приема пищи, начал общаться с медперсоналом. Сообщил, что сознавал, что находится в госпитале, помнил о том, как за ним ухаживали, какие разговоры вели при нем. В то же время наблюдал и чувствовал себя участником фантастических событий. Говорил о том, что его перенесли в будущее, он посещал другие планеты и галактики, общался с инопланетянами, участвовал в звездных войнах. Рассказывает об этом с интересом, сожалеет, что все это уже закончилось.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

13. Больная В., 42 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные в детстве заболевания не помнит. Окончила 8 классов, работала в колхозе. В 29 лет перенесла черепно-мозговую травму, после которой около года не могла говорить. В дальнейшем начала ухудшаться память: забывала о назначенной встрече, дни рождения родственников и т. д. У больной появилось слабодушие, нередко беспричинно плакала, перестала понимать шутки и анекдоты. Кроме того, стала быстро уставать при физической нагрузке, плохо адаптироваться к новой обстановке. Трижды находилась на лечении в психиатрическом стационаре, последний раз с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием».

При обследовании больной отмечалось расширение зон и оживление сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга. Поведение адинамичное: подолгу

лежит на кровати или бесцельно смотрит в окно. Настроение неустойчивое, легко переходит от слез к улыбке и наоборот. Контакту доступна. Имя и фамилию называет правильно, но считает, что находится в обыкновенной больнице по поводу простудного заболевания. С трудом ориентируется во времени. Анамнестические сведения давала скудные. Не помнит жизненно важных событий, возраста своих детей. Интеллект снижен. С трудом и ошибками проводит элементарные счетные операции, не понимает переносный смысл пословиц.

Вопросы:

3. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
4. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

14. Больной В. 33 лет переведен в психиатрическую клинику (ввиду выраженных расстройств памяти) из хирургической, где он лечился по поводу травмы головы. В анамнезе неоднократные обращения к психиатру по поводу затяжных умеренно выраженных невротических расстройств. В настоящий момент охотно сообщает свое имя и фамилию, профессию, имена детей. В то же время не помнит обстоятельства травмы, не знает, где он сейчас находится, какое сегодня число, что он недавно ел. Практически не может произвести счет по Крепелину, из десяти прочитанных слов воспроизводит максимум два. Никак не может запомнить имя лечащего врача (несмотря на то, что каждый день спрашивает об этом), не помнит, где стоит его кровать. При этом отмечается повышенное настроение с оттенком благодушия. На вопрос, чем он вчера занимался, сообщает, что «пришлось срочно пересматривать один проект». В другой раз говорит: «Целый день занимался починкой мотоцикла, что-то он опять у меня забарахлил».

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

15 Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

Вопросы:

3. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
4. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

16. Больная Д., 47 лет, в прошлом врач-инфекционист, кандидат медицинских наук, находится в психиатрической клинике в связи с резким снижением памяти и интеллекта. Из анамнеза, собранного с помощью старшей сестры больной, известно, что отец Д. страдал ишемической болезнью сердца, в результате чего рано умер и с 5 лет она воспитывалась родителями отца (мать больной оставила семью, когда девочке было чуть более полгода). С

детства отличалась подвижным, жизнерадостным характером, имела много друзей, всегда была «душой компании». В школе и в институте училась хорошо, успешно закончила аспирантуру, однако личная жизнь не складывалась (с мужем прожили чуть больше двух лет, детей не было), т. к. «карьера для нее была важнее всего». 7 лет назад Д. перенесла клещевой энцефалит, после чего у нее обнаружилась прогрессирующая рассеянность, стала забывать жизненно важные даты, имена друзей и т. д. В настоящий момент крайне сенситивна, настроение меняется от эйфорично-благодушного до напряженно-тревожного. Анамнестические данные дает крайне скудные, постоянно причитая: «Все позабыла, все позабыла…». Не смотря на имеющуюся ученую степень, не может воспроизвести даже общие положения своей диссертации, в пословицах и поговорках с большим трудом улавливает основной смысл. При беседе постоянно что-то переспрашивает, уточняет, недопонимает даже самые простые вопросы. При этом быстро утомляется и просит перенести беседу на другое время.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

17. Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требует за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требует, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

- Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
- 40, или, может быть, 30.
- Так Вы еще молодой человек?
- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!. . .
- А какой сейчас у нас год?
- Наверное, 1961. . .
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я дома, у себя в избе.
- Как Вас здесь кормят?
- Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!. .

Вопрос:

2. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

18. Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах. . . Свинья. . . » Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в

одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Вопросы:

2. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

19. К врачу-психиатру психотерапевтом была направлена пациентка К., 58 лет, по поводу длительного, не прекращающегося в течение нескольких лет ощущения ползанья по телу насекомых. Детство К. прошло без особенностей, наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В юности эпизодически курила анашу, в возрасте 47 лет проходила курс лечения в психиатрической клинике по поводу невротического состояния с умеренно выраженными астено-депрессивными проявлениями, в 52 года у К. был диагностирован церебральный атеросклероз. Замужем, воспитывает двоих детей. Около 4 лет назад обратила внимание на появившийся в области паха, а затем и по всему телу зуд. Неоднократно обращалась к врачам различных специальностей: дерматологам, терапевтам, неврологам, проходила лечение по поводу нейродермита, исследовала функции печени и т. д. Между тем ощущение зуда переросло в чувство ползанья по коже насекомых, блох, муравьев, больная обращалась к различным «знахарям», натирала согласно их советам тело керосином, лампадным маслом, избавилась от имевшейся до этого в доме собаки, бесконечно мылась, кипятила белье и т. д. Стала замечать появившуюся у себя на этом фоне немотивированную раздражительность, вспыльчивость, расстройство сна. Обратившись по этому поводу к психотерапевту, после полноценного сбора анамнеза была направлена им на консультацию к психиатру.

На момент осмотра ориентирована во всех отношениях правильно. На коже тела многочисленные расчесы и царапины. В контакт вступает неохотно, категорически отрицает возможность наличия у себя психического заболевания. Интеллектуально-мнестическая сфера без грубой патологии, внимание неустойчивое, быстро истощаемое. В целом астенизирована, гиподинамична.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

20. Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Вопросы:

3. Определите ведущие симптомы
4. Назовите синдром

21. Больной П., 48 лет, за несколько дней до поступления в психиатрический стационар стал замкнутым, уединялся. Задавал однообразные вопросы: «Что дальше?», «Ну зачем же?», при

этом пристально смотрел в глаза жены. Был осмотрен психиатром, который предложил госпитализацию. Ночью больной неожиданно проснулся, почувствовал, как «из соседнего дома при помощи специального передатчика излучают зеленые радиоволны». Увидел в окнах напротив свет и понял, что там «заседает шпионская группа». «Члены группы» периодически выглядывали в окно и «воздействовали космическим излучением» на его жену, делая ее тем самым «послушной марионеткой». Понял, что и жена теперь входит в эту организацию. «Они» ей дали задание отравить его, подсыпать яд в стакан с молоком. Решив, что необходимо срочно разоблачить и уничтожить преступников, начал искать нож (накануне вечером жена спрятала все острые предметы). Нашел в коридоре ржавую вилку и, подойдя к спящей жене, ударил ее несколько раз по голове.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

22. Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписку. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных -за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит -скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» -следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Вопросы:

3. Определите ведущие симптомы;
4. Назовите синдром

23. Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Вопросы:

3. Определите ведущие симптомы.
4. Назовите синдром.

24. Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице кокетничала с незнакомыми молодыми людьми. В отделении держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но оставшись в одиночестве танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна. В присутствии других детей, в

особенности мальчиков, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!». Себя называет «Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин». Постоянно гримасничает, хмурит брови, закрывает глаза, морщит лоб. Внезапно, без видимой причины разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продуты тут же съедает, кроме этого, пытается выхватить пищу у других детей. При свидании с подругами не проявляет никакой радости. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает уклончиво, формально. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: «Ничего особенного. Перейду учиться в другую школу».

Вопросы:

4. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
5. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

25. Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая…Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Вопросы:

3. Определите ведущие симптомы;
4. Назовите синдром

26. Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать, рычит, пытается ухватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он «изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки на ветку». Оставленный без присмотра ведет себя непредсказуемым образом: может сдернуть с больного одеяло, разбить окно; однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно выражается (но тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!». Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

Вопросы:

3. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
4. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

27. Больная К., 26 лет. Поступила в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Постоянно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит

кулаками о стену, нападает на других больных. Находясь в постели, двигательно беспокойна, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает на голову одеяло. Бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большей частью проделывает все это молча. Выражение лица озлобленное, сумрачное. На вопросы или не отвечает, или со злобой нецензурно выражается. Повторяет движения: врач поднял руку – и больная поднимает руку; врач хлопнул в ладоши – и больная делает то же самое. Временами, наряду с двигательным возбуждением начинает говорить без умолку; в свою речь вставляет слова и фразы, услышанные от окружающих. Фрагмент речи больной: «. . . уберите хлорпромазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказала, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сама вам покажу, хоть вы кривые, а я косая, инъекцию галоперидола закатите на стол, я вся тут перемажусь, как свинья. . . ».

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

28. Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Свое поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейролептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

Вопросы:

4. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
5. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

29. Больной Ш., 20 лет. В течение последних 3-х лет постепенно стал меняться круг интересов, утратил прежних друзей, время проводил за чтением оккультной литературы, по ночам просматривал «мистические» видеофильмы. Постоянно рассуждал о каком-то «сатанизме» и строил малопонятные для окружающих отвлеченные философические концепции «демонического начала» мироздания. Обратил на себя внимание внешней отчужденностью и беспричинными перепадами настроения. Не мог «найти общий язык» с товарищами, держался замкнуто, в свободное время разрисовывал листы бумаги какими-то символами. Состояние особенно ухудшилось, когда на фоне нарастающей тревоги, стало казаться что «непознанные демонические силы» осуществляют «наблюдение» за ним и «считывают» его мысли. Чувствовал чей-то «преследующий взгляд», испытывал «необычные»

ощущения «жжения» кожи и твердил о влиянии на него «черных ангелов». Для обследования родителями был госпитализирован в неврологическую клинику, откуда под влиянием императивных галлюцинаций сбежал, всю ночь где-то прятался, затем самостоятельно вернулся, после чего был направлен на обследование в психиатрическую клинику. При поступлении напряжен и подозрителен, свои переживания не раскрывал. Рисует абстрактно-символические картинки.

Вопросы:

3. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
4. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

30. Больной А., 44 г. врач. Данных о психопатологически отягощенной наследственности не выявлено. После окончания медицинского ВУЗа работал по специальности. Заболел остро 2 месяца назад, когда без видимых причин резко снизилось настроение, стал агрессивен, напряженным, тревожным. Казалось, что «путались и обрывались мысли», утверждал, что он является «генерал-лейтенантом, дважды героем России», «воевал в Афганистане, но ранее это скрывал». Уверял, что его «постоянно показывают по телевидению», что «имеет множество автомобилей», предлагал жене «поехать в любом из них». В связи с неадекватностью поведения бригадой скорой помощи был доставлен в психиатрический стационар, где отмечалось двигательное возбуждение, негативное отношение к обследованию и лечению. Отмечались эпизоды кратковременного двигательного возбуждения со стереотипными движениями, застывания в одной позе. На обращенные к нему вопросы не реагировал вовсе или гримасничал, показывал язык, принимал угрожающие позы. В беседах говорил, что «вокруг все как в калейдоскопе», казалось, что «сходит с ума». Уверял, что врач про него «уже знает все, все его дела и поступки», себя называл «алкоголиком».

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

31. Больной К., 25 лет. Из анамнеза: родная сестра страдает душевным заболеванием. Раннее развитие без особенностей. По характеру ранимый, но холодный и равнодушный к близким. Болен в течение 4 месяцев, когда обратил на себя внимание окружающих подозрительностью и «нервозностью». Был тревожен, высказывал опасения за «собственную безопасность», увлекся «проблемами экстрасенсорики» и резко ограничил круг общения. Через 2 месяца состояние резко ухудшилось. На фоне нарастающей тревоги высказывал идеи преследования, испытывал отчуждение и наплывы мыслей. Казалось, что за ним «следят» какие-то незнакомые люди «в черных куртках», слышал «голоса» внутри головы угрожающего содержания: «. . . Убийцы в твоей постели. » Сутками не спал, прятался, искал в доме «подслушивающую аппаратуру», не подпускал к себе семью. Бригадой скорой помощи был доставлен в психиатрическое отделение, где на фоне лечения нейролептиками острая психотическая симптоматика редуцировалась. В отделении бездеятелен, малопродуктивен, неряшлив. Большую часть времени ничем не занят, лежит в постели или бесцельно перемещается.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

32. Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум,

закончив который работала по специальности. В 23 года вышла замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсикоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

3. Какой синдром отмечается у больной?
4. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

33. Больная К., 38 лет, поступила в психиатрическую клинику с жалобами на: необычную головную боль, необычные ощущения в теле – «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом», головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, «шапочка на голове», особенно во второй половине дня, слабость, слезливость, неустойчивость настроения, разнообразные неприятные ощущения в виде «внутренней слабости», комка в горле, мигрирующих болей в плечевых и тазобедренных суставах, головокружения, чувства «внутреннего жара», отсутствие аппетита, нарушения сна, периодические головные боли, нарушения менструального цикла, снижение либидо.

Из анамнеза: ранее развитие без особенностей. Закончила 10 классов. На уроках могла «потерять речь» у доски из-за «повышенной стеснительности». До 13 лет были разнообразные «нервные тики» – моргание глазами, подергивание ноги при ходьбе и т. п. При этом характеризует себя в тот период как веселую, активную и жизнерадостную. После школы окончила торговый техникум. Замужем, воспитывает сына 10 лет и дочь 5 лет. В связи с тем, что сын был крайне возбудимым «спал по 15 мин в день», «закатывал истерики – бился головой об пол» появилась тревожность, опасения, что сын будет сумасшедшим. В это время отказалась занять более высокую должность, но т. к. заметила, что склонна «сильно переживать за порученное дело – начинала болеть голова, расстраивалась, появлялась бессонница», сама попросила перевести ее на более низкую должность. После рождения дочери появились опасения и за ее здоровье.

В течение последнего года обратила внимание на появление нарушений менструального цикла, снижения либидо. Однажды на работе очень разболелась голова, «охватило холодом, а

на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом». Эти явления нарастали день ото дня, появилось головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, чувство тяжести в голове.

Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. Ориентирована правильно. Настроение неустойчивое, с легким возникновением тревожности, плаксивости. Фиксирована на своем состоянии, высказывает различные мысли ипохондрического содержания. Жалобы излагает детально, с демонстративностью в поведении. Повышенно истощаема по ходу беседы с появлением вегето-сосудистой лабильности. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний бреда нет. Суицидальных намерений нет.

Вопрос:

1. Какой синдром определяется у больной?

34. В нейрохирургическом отделении врачом-психиатром был консультирован больной К., 23 лет, с черепно-мозговой травмой. По мере выхода из двухдневного сопорозного состояния у больного постепенно нарастало двигательное возбуждение, стал метался в постели, на обращения в свой адрес не реагировал, палату принимал за стадион, а кровати за зрительские трибуны. Наряду с этим он практически не спал и отказался от пищи.

На момент осмотра контакт с больным затруднен, сохраняется хореатическое возбуждение с червеобразными движениями в постели и хаотичным раскачиванием головой. Не может вспомнить своего имени, определить, где он находится, неправильно указывает месяц и число. Глядя на часы, затрудняется назвать время, хотя правильно отмечает расположение стрелок. При этом речь больного бессвязна, ограничена нелепыми стереотипными выкриками обыденного смысла: «Кто опять? Не хочу никого! В дерево, в дерево… книгами». Слова произносятся без изменения интонации, без остановки, то шепотом, то громко, то нараспев. Периодически речь больного прерывается быстро истощающимся смехом или всхлипыванием. Выражение лица растерянное, настроение подавлено тревожное.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

35. Пациент, 18 лет. Согласно анамнезу: отец больного страдал алкоголизмом. По словам матери, с раннего детства отставал в психомоторном развитии -только к 3, 5 годам начал ходить и говорить. Перенес: корь, скарлатину, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 8 лет, два года учился в 1 классе, но не смог усвоить программу. Был переведен в коррекционную школу, с трудом окончил 6 классов. Профессии приобрести не смог. Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве.

Мать пациента жалуется на плохую сообразительность сына, инертность. При осмотре: пациент не может назвать текущего года, путает месяцы, вообще не знает сколько в году месяцев, путает их названия. Устный счет производит по пальцам, с ошибками. Читает по слогам медленно, многосложные слова произносит неправильно. Пишет только простые слова и только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню "Лиса и Журавль", не смог передать ее содержание, не понял смысла. Не может

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на клинических практических занятиях по результатам собеседования по контрольным вопросам, решения ситуационных задач, тестирования, написание психического статуса пациента психиатрического профиля. Оценка самостоятельной работы студента проводится по результатам тестирования, выполненного на

ЭИОП elearning. volgmed. ru. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости групп.

перечислить стороны света, из городов знает только Москву. Запас слов мал. Интереса к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал

и рассматривает картинки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено. При эксперементально-психологическом исследовании: IQ = 52.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
2. Укажите ведущий психопатологический синдром.
3. Установите и обоснуйте диагноз.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 2

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

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

1. Какие признаки являются классифицирующими в этиопатогенетической классификации психических заболеваний?
2. В чем разница классификаций МКБ-10 и DSM-5?
3. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.
4. Особенности национальной классификации психических расстройств.
5. Международная классификация болезней (10 пересмотр) классификация психических и поведенческих расстройств.
6. Многоосевые систематики в психиатрии.
7. Отличие взглядов на шизофрению Э. Крепелина и Е. Блейлера.
8. Основные этиологические концепции шизофрении.
9. Характеристика продуктивных и негативных синдромов при шизофрении.
10. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.
11. Клиника параноидной формы шизофрении.
12. Клиника простой формы шизофрении.
13. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная.
14. Понятие «шизотипии» в психиатрии.
15. Клинические особенности шизотипических расстройств.
16. Клинические разновидности шизоаффективных психозов.
17. Общая характеристика хронических бредовых расстройств?
18. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
19. Основные патогенетические теории аффективных расстройств.
20. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
21. Облигатные симптомы депрессий.
22. Клиническая характеристика типичных вариантов депрессий.
23. Дифференциальная диагностика типичных и атипичных вариантов депрессий.
24. Клиническая характеристика атипичных вариантов депрессий.
25. Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.
26. Облигатные признаки маниакальных состояний.
27. Клинические разновидности маний.
28. Клинические варианты маниакальных состояний.
29. Основные эпидемиологические данные о психических расстройствах при атрофических процессах головного мозга.
30. Основные этио-патогенетические концепции психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
31. Классификация психических расстройств при атрофических процессах головного мозга по МКБ10.
32. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона.
33. Основные симптомы сенильной деменции.
34. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и болезнь Пика.
35. Основные симптомы болезни Паркинсона.
36. Клиническая характеристика хореи Гентингтона.
37. Общая клиническая характеристика сосудистых заболеваний головного мозга.

38. Классификации сосудистых заболеваний головного мозга по МКБ-10.
39. Клиническая динамика сосудистых заболеваний головного мозга.
40. Особенности личностных изменений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
41. Клиника интеллектуально-мнестических нарушений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
42. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга.
43. Клинические критерии умственной отсталости.
44. Отечественная классификация умственной отсталости.
45. Классификация умственной отсталости по МКБ-10.
46. Клинические проявления различных степеней психического недоразвития при умственной отсталости.
47. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и деменции.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

130 Установите последовательность вероятностей возникновения суицида при следующих заболеваниях и состояниях: психически здоровые (1); эндогенная депрессия (2); невротическая депрессия (3); шизофрения (4) Выберите правильное сочетание

a. 2, 4, 3, 1
b. 4, 3, 2, 1
c. 1, 3, 4, 2
d. 4, 3, 1, 2

131 Основными клиническими вариантами малопрогредиентной /вялотекущей/ шизофрении являются: малопрогредиентная шизофрения с явлениями деперсонализации (1); малопрогредиентная шизофрения с явлениями навязчивости (2); ипохондрическая шизофрения (3); галлюцинаторно-параноидный вариант (4); бедная симптомами шизофрения (5); малопрогредиентная шизофрения с истерическими проявлениями (6) Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3, 4, 5
b. 1, 2, 3, 5, 6
c. 1, 2, 4, 5, 6

133 Основными клиническими вариантами малопрогредиентной (вялотекущей) шизофрении являются: малопрогредиентная шизофрения с явлениями навязчивости (1); Галлюцинаторно-параноидный вариант (2); кататонический тип (3); малопрогредиентная шизофрения с явлениями деперсонализации (4); ипохондрическая шизофрения (5); малопрогредиентная шизофрения с истерическими проявлениями (6); бедная симптомами шизофрения (7)

Выберите правильное сочетание

a. 1, 4, 5, 6, 7
b. 1, 2, 3, 4, 5
c. 1, 3, 4, 5, 6

134 Основными симптомами при малопрогредиентной (вялотекущей) шизофрении являются: соматизированные психические нарушения (1); навязчивости (2); бред (3); субдепрессии (4); расстройства самосознания (5); галлюцинации (6) Выберите правильное сочетание

a. 3, 4, 5, 6

b. 2, 3, 4, 5
c. 1, 2, 4, 5
d. 1, 2, 3, 6

135 «Нарушение восприятия времени» относится к:
a. Галлюцинациям
b. Психосенсорным расстройствам
c. Сенсопатиям
d. Иллюзиям

136 Акоазмы относятся к:
a. Аутометаморфопсиям
b. Элементарным зрительным галлюцинациям
c. Иллюзиям
d. Сенестопатиям
e. Элементарным слуховым галлюцинациям

137 Акоазмы:
a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
b. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т. д.)
c. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
d. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
e. Элементарные слуховые обманы в виде шума, стука, грохота, шипения, выстрелов и т. д.

138 Апрозексия – это:
a. Неспособность к длительному сосредоточению
b. Повышенная переключаемость внимания
c. Сужение «поля внимания»
d. Полное отсутствие («выпадение») внимания

139 Апрозексия, гипопрозексия, гиперметаморфоз относятся к патологии:
a. Памяти
b. Ощущений
c. Воли
d. Внимания
e. Восприятия

140 Атаксия интрапсихическая:
a. Разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

141 Аутометаморфопсии относятся к:

a. Сенсопатиям
b. Деменции
c. Психосенсорным расстройствам
d. Псевдогаллюцинациям
e. Расстройствам памяти

142 Аффективные иллюзии относятся к:

a. Сенсопатиям
b. Патологическим иллюзиям
c. Психосенсорным расстройствам
d. Функциональным галлюцинациям

143 Бессвязность (инкогеренция) мышления – это:

a. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний

b. Затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленность, крайней тягучестью

c. Неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций

d. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях

e. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада

144 Бессвязность и разорванность мышления относятся к:

a. Бредовым идеям
b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
c. Обсессиям
d. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
e. Сверхценным идеям

145 Брадипсихия – это:

a. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
b. Замедление всех психических процессов

c. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении

d. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей

e. Необоснованное убеждение в постороннем влиянии на мысли, чувства и поступки больного, нередко с суждением о происхождении такого воздействия (гипноз, лучевое и волновое воздействие и др.)

146 Бред – это:

a. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении

b. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности

c. Упорный отказ от пищи, обусловленный психическим заболеванием

d. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений

e. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки

147 Бред индуцированный – это:

a. Необоснованное суждение обо всем происходящем вокруг больного как специально устроенном, инсценированном с какой-то целью

b. Бред, возникающий у лиц, находившихся в длительном контакте с психически больным, совпадающий по тематике с бредом больного

c. Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц

d. Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла

e. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унизительной болезни (рак, СПИД и др.)

148 Бред интерметаморфозы – это:

a. Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)

b. Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблаговидных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения

c. Образные представления (фантазии и грезы), сопровождающиеся тревогой, страхом, экстазом, растерянностью

d. Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц

e. Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла

149 Бред Котара – это:

a. Погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью. Утрата интереса к реальности с отсутствием стремления к общению с окружающими людьми

b. Нарушение восприятия, проявляющееся в искажении формы и величины своего тела

c. Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)

d. Кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией

e. Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблаговидных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения

150 Бред манихейский – это:

a. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются идеи самообвинения, греховности

b. Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержание которого носит фантастический, антагонистический характер

c. Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержанием которого являются идеи реформаторства, мессианства

d. Разновидность чувственного, экспансивного бреда ретроспективного содержания, нередко сопровождающегося псевдогаллюцинаторными воспоминаниями

e. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновение собственного тела, отдельных органов)

151 Бред параноидный – это:

a. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов

b. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития. С сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту

c. Ощущение спазма, подкатывание к горлу клубка, шара, возникающее в невротическом симптомокомплексе

d. Возникающее при глубоком нарушении сознания, ограничивающееся пределами постели двигательное беспокойство, проявляющееся небольшими по амплитуде движениями преимущественно пальцев рук (больной теребит простыню, одежду, «обирается»)

e. Различные бредовые идеи неблагоприятного воздействия на больного извне, содержащие идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба

152 Бредовые идеи характерны для клинической картины:

a. Умственной отсталости
b. Невротических расстройств
c. Наркоманий
d. Психозов
e. Расстройств личности

153 Бредовые идеи являются признаком:

a. Расстройств невротического уровня
b. Расстройств психотического уровня
c. Могут наблюдаться на любом из вышеперечисленных уровней
d. Могут наблюдаться и у психически здоровых, и у психически больных лиц

154 Вагабондаж (дромомания, пориомания) – это:

a. Патологическое, непреодолимое стремление к перемене мест, к бродяжничеству

b. Запой, периодически возникающее, непреодолимое влечение к пьянству

c. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству

d. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения

e. Неотвратимое стремление к поджогу, который производится без намерения принести зло, причинить ущерб

155 Галлюцинации гипнагогические – это:

a. Видения, возникающие непосредственно перед засыпанием, при закрытых глазах, на темном фоне зрения

b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ

c. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при пробуждении

d. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия

e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

156 Галлюцинации императивные – это:

a. Зрительные галлюцинации в виде образов людей, животных, неодушевленных предметов, отличающихся необычайно большими иногда гигантскими размерами

b. Зрительные галлюцинации в виде образов живых существ и неодушевленных предметов, отличающихся необычно малыми размерами

c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

d. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор

e. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия

157 Галлюцинации функциональные – это:

a. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении

b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ

c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор

d. Ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов

e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

158 Гиперметаморфоз – это:

a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям

b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества

d. Нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью

e. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением

159 Гиперметаморфоз – это:

a. «Выпадение» внимания
b. Сужение «поля внимания»
c. Повышенная переключаемость внимания, отвлекаемость
d. Снижение переключаемости, внимания

160 Гипсофобия – это страх:

a. Получить травму и оказаться в гипсе
b. Острых предметов
c. Высоты и глубины
d. Загрязнения
e. Воды
f. Замкнутых пространств

161 Закупорка мышления (шперрунг) – это:

a. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением

b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

c. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов

d. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов

e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития, с сохранением черт присущих детскому или подростковому возрасту

162 Иллюзии – это:

a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов

b. Повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, сопровождающаяся неприятным субъективным чувством

c. Понижение восприимчивости к внешним раздражениям

d. Лишенные смыслового значения непроизвольные насильственные движения

e. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением

163 Иллюзии возникают у:

a. Психически здоровых людей

b. При различных психических расстройствах

c. Психически здоровых и психически больных лиц

164 Иллюзии могут наблюдаться:

a. При психических расстройствах

b. У психически здоровых лиц

c. В обоих случаях

165 Истинным галлюцинациям свойственны:

a. Проекция галлюцинаторных образов «во внутрь»

b. Чувственная яркость, живость

c. Наличие критического отношения

d. Мнестические расстройства

166 Какая разновидность фобий свойственна заключительному этапу невротического заболевания:

a. Гипсофобия

b. Агорафобия

c. Нозофобия

d. Фобофобия

e. Клаустрофобия

167 Какие из перечисленных понятий можно отнести к свойствам восприятия?

a. Предметность

b. Контрастность

c. Константность

168 Какие из понятий относятся к познавательным психическим процессам?

a. Восприятие

b. Речь

c. Потребности

d. Эмоции

169 Какой вид мышления характерен для детей до 3-х лет?

a. Наглядно-действенное мышление
b. Образное мышление
c. Практическое мышление

170 Кверулянство – это:

a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него

b. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения

c. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата

d. Предшествующее бреду преобладание в самочувствии тревоги, страха с ощущением непонятности окружающего, предчувствием надвигающегося несчастья, опасности

e. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

171 Классическое описание псевдогаллюцинаций принадлежит:

a. И. М. Балинскому
b. В. Х. Кандинскому
c. В. П. Осипову
d. С. С. Корсакову

172 Критическое отношение к болезненным переживаниям наиболее характерно для больных с:

a. Резонерством
b. Сверхценными идеями
c. Обстоятельностью
d. Обсессиями
e. Бредовыми идеями
f. Галлюцинациями

173 Метаморфопсии – это:

a. Искажение восприятия формы или величины своего тела
b. Нарушение ориентировки в собственной личности
c. Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства

174 Монолога симптом – это:

a. Двигательное возбуждение, сопровождающее дисфорию или сумеречное помрачение сознания

b. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений

c. Повторение услышанных слов и предложений
d. Повторение увиденных действий
e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления

175 Мышление – это:

a. Опосредованное, обобщенное отражение действительности

b. Процесс отражения объективной реальности, составляющий высшую ступень человеческого познания

c. Процесс отражения внутренних связей предметов и явлений

d. Все ответы верны

176 Навязчивые воспоминания относятся к группе:

a. Навязчивых страхов

b. Навязчивых влечений

c. Идеаторных обсессий

d. Навязчивых действий

177 Навязчивые состояния (ананказм, обсессии) – это:

a. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

b. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него

c. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности

d. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться

e. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)

178 Наиболее опасными для больного и окружающих являются галлюцинации:

a. Обонятельные

b. Тактильные

c. Фотопсии

d. Слуховые императивные

e. Речедвигательные

179 Неологизмы – это:

a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)

b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях

c. Психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые предметы, лица, обстановка воспринимаются как впервые увиденные

d. Психическое расстройство, заключающееся в том, что привычные явления, ситуация осознается как впервые возникающая

e. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения

180 Обстоятельность мышления и шперрунги относятся к:

a. Сверхценным идеям

b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса

c. Навязчивым идеям

d. Бредовым идеям

e. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса

181 Обстоятельность является:

a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

182 Олицетворенное осознавание – это:

a. Искажение ощущения формы и величины своего тела или отдельных его частей

b. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

c. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между «я» и «не я», между миром внутренним и внешним, между реальность и образом, созданным аутистическим миром больного

d. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро

e. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувств

183 Основные признаки бредовых идей:

a. Ложное содержание
b. Убежденность в их правильности
c. Длительность протекания
d. Нелепые галлюцинации
e. Недоступность коррекции
f. Выраженные аффективные расстройства
g. Нарушение памяти

184 Основные признаки навязчивых идей:

a. Нарушения сознания
b. Непроизвольность возникновения
c. Расстройство внимания
d. Признаки слабоумия
e. Сохранность критического отношения к навязчивостям

185 Основные признаки сверхценных идей:

a. Наличие галлюцинаций
b. Связь возникновения с реальными событиями
c. Нелепое содержание
d. Одностороннее отражение реальных обстоятельств
e. Длительность протекания

186 Ощущение – это:

a. Отражение свойств предметов объективного мира, возникающее при их непосредственном воздействии на рецептор

b. Познавательный психический процесс, отражающий отдельные свойства и качества предметов внешнего мира и внутреннего состояния организма

c. Целостное отражение предметов, возникающее при непосредственном воздействии их на рецепторы

d. Все ответы верны

187 Парейдолии – это:

a. Зрительные иллюзии фантастического содержания на фоне сниженного тонуса психической деятельности

b. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения

c. Расстройство мышления сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли

d. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

e. Крайнее обеднение запаса слов

188 Пиромания – болезненное влечение к:

a. Бродяжничеству
b. Воровству
c. Поджогам
d. Самоубийству

189 По механизму бредообразования выделяются:

a. Бред паралогический -бред нелепый
b. Бред интерпретативный -бред образный
c. Бред фрагментарный -бред систематизированный

190 По содержанию бредовые идеи воздействия и отравления относятся к группе бредовых идей:

a. Величия
b. Самоуничижения
c. Преследования

191 Прогностически благоприятными являются галлюцинации:

a. Зрительные
b. Обонятельные
c. Псевдогаллюцинации
d. Вкусовые
e. Истинные
f. Тактильные

192 Псевдогаллюцинациям свойственно:

a. Проекция галлюцинаторных образов «вовне»
b. Чувство «насильственности», «сделанности»
c. Чувственная яркость, живость
d. Выраженные астенические проявления

193 Разноплановость является:

a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

194 Расплывчатое мышление – это:

a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях

b. Крайнее обеднение запаса слов

c. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается

d. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения

e. Бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных, очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях угрожающих жизни

195 Резонерство – это:

a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях

b. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)

c. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям

d. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения

e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

196 Резонерство, разноплановость и разорванность мышления характерны для:

a. Психопатий
b. Маниакально-депрессивного психоза
c. Эпилепсии
d. Шизофрении
e. Невротических состояний
f. Олигофрении

197 Сенестопатии характеризуются:

a. Нарушением сознания
b. Ровным фоном настроения
c. Наличием выраженной соматоневрологической патологии
d. Необычайным характером испытываемых ощущений
e. Переживанием искаженного восприятия внешних объектов
f. Тягостными, мучительными неприятными ощущениями

198 Сенестопатии это:

a. Усиление ощущений кожного чувства

b. Разнообразные нарушения со стороны моторной сферы, имеющие субъективный характер и не получающие отражения в данных объективного исследования: чувство потери равновесия, шаткости походки и т. д.

c. Разнообразные, крайне неприятные тягостные ощущения, исходящие из разных областей тела, отдельных внутренних органов, без реальных соматических причин

d. Нарушение восприятия «схемы тела» – искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) «Я»

e. Ощущения ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов

199 Сенсопатии относятся к:
a. Патологии эмоций
b. Патологии влечений
c. Психосенсорным расстройствам
d. Патологии ощущений

200 Синестезии являются разновидностью:
a. Иллюзий
b. Психосенсорных расстройств
c. Галлюцинаций
d. Сенсопатий
e. Псевдореминисценций

201 Соскальзывание является:
a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

202 Шизофазия – это:
a. Повторение увиденных действий
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

203 «Тоска», «тревога» относятся к группам симптомов:
a. Неустойчивости эмоциональной сферы
b. Снижения настроения
c. Качественного искажения эмоций

204 «Тоскливо-злобный» характер настроения обозначается как:
a. Дистимия
b. Гипотимия
c. Дисфория

205 Абулия характерна для:
a. Психопатий
b. Шизофреническом дефекте
c. Алкогольных психозов
d. Циклофрении
e. Органического поражения лобных долей головного мозга

206 Абулия:
a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема введения веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами

b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность

c. Потеря способности запоминать текущие события

d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций

e. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек

207 Амнезия антероградная:

a. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам

b. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек

c. Потеря способности запоминать текущие события

d. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики

e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому расстройству психики), так и после него

208 Анергия:

a. Потеря способности запоминать текущие события

b. Снижение до полного отсутствия психической, двигательной и речевой активности

c. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами

d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность

e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

209 Апатия относится к группе симптомов:

a. Снижения настроения

b. Качественного искажения эмоций

c. Неустойчивости эмоциональной сферы

210 Астазия-абазия:

a. Утрата способности к образованию ассоциативных связей

b. Замедление всех психических процессов

c. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления

d. Бессвязность речи, сопровождающаяся повторением одних и тех же фраз и слов

e. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки

211 Аффект патологический:

a. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, помрачением сознания и искаженным восприятием окружающего, за чем следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией

b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией

c. Внезапно возникающее, обычно кратковременное состояние, характеризующееся глубокой дезориентировкой в окружающем, часто сопровождающееся галлюцинозом, острым образным бредом, аффектом тоски, злобы и страха, неправильным поведением

d. Ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий

e. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей

212 Аффективная диссоциация:

a. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности

b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией

c. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений

d. Психическое расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность

e. Несоответствие содержания мышления аффективному фону

213 Вербигерация – это:

a. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта. Повторение отдельных слогов

b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества

d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов

e. Слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких голосов

214 Выраженные расстройства памяти характерны для:

a. Маниакально-депрессивного психоза
b. Расстройств личности
c. Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями
d. Невротических расстройств
e. Шизофрении

215 Гипермнезия характерна для следующих психопатологических синдромов:

a. Паранойяльного
b. Делириозного
c. Астенического
d. Маниакального
e. Корсаковского
f. Депрессивного

216 Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:

a. Параноидного
b. Кататонического
c. Маниакального
d. Астенического

217 Для какого варианта психомоторного возбуждения характерно наличие острой предшествующей психотравмы:
a. Гебефренического
b. Маниакального
c. Кататонического
d. Истерического
e. Галлюцинаторно-бредового

218 Для фантастических конфабуляций характерны следующие признаки:
a. Стойкость
b. Критическое отношение
c. Перенос во времени реальных событий
d. Неправдоподобность содержания
e. Простота, несложность структуры

219 Долговременная память:
a. Обладает ограниченной емкостью
b. Обладает практически неограниченной длительностью
c. Более развита у пожилых лиц
d. Все ответы верны

220 Закон Рибо – это:
a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
b. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
c. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти». Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению
d. Принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминируемыми наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя
e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту

221 Импульсивные действия возникают:
a. После длительной борьбы мотивов
b. При появлении навязчивых мыслей
c. При обнубиляции
d. Как следствие дистимических расстройств
e. Внезапно, без борьбы мотивов

222 Интенсивность наших эмоций зависит главным образом:
a. От восприятия данной обстановки
b. От уровня бодрствования
c. От анализа полученных сведений
d. От значения той потребности, с которой связана эмоция

223 Какие из перечисленных симптомов не относятся к основным признакам депрессии?

a. Сниженное настроение
b. Идеаторная заторможенность
c. Моторная заторможенность
d. Бредовые идеи самообвинения

224 Какие из понятий не относятся к эмоционально-волевым психическим процессам?

a. Чувства
b. Внимание
c. Воля
d. Эмоции

225 Какие структуры мозга принимают наибольшее участие в формирование эмоций у человека?

a. Затылочная кора
b. Лимбическая система
c. Продолговатый мозг

226 Каковы основные функции эмоций?

a. Сигнальная
b. Энергетическая
c. Приспособительная
d. Регуляторная
e. Все ответы верны

227 Конфабуляции – это:

a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными

b. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения

c. Периодически возникающая страсть к воровству

d. Транзиторно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений

e. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний

228 Кратковременная память:

a. Длится до двух минут
b. Обладает емкостью, не превышающей 11 элементов
c. Позволяет долго помнить телефонный номер
d. Все ответы неверны

229 Криптомнезии – это:

a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными

b. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний

c. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т. д.)

d. Невозможность выполнять счетные операции при сохранности речи

e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому психическому расстройству), так и после него

230 Криптомнезии представляют собой:

a. Перенос во времени реально имевших место событий

b. Ложные воспоминания

c. Стирание грани между реальными событиями и событиями услышанными, увиденными или прочитанными

d. Утрату памяти на события определенного промежутка времени

231 Логоклония – это:

a. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий

b. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата

c. Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова

d. Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие

e. Вымышленные психически больным события, приобретающие форму воспоминаний

232 Мутизм – это:

a. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата

b. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений

c. Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова

d. Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие

e. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

233 Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:

a. Невротических расстройствах

b. Аффективных расстройствах

c. Реактивных психозах

d. Расстройствах личности

e. Шизофрении

f. Органическом поражении головного мозга

234 Нарколепсия – это:

a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него

b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности

c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться

d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)

e. Болезненное состояние проявляющееся гипнолепсией, каталексией, расстройствами ночного сна

235 Негативизм – это:

a. Бессмысленное противодействие немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению другим лицом

b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности

c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться

d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)

e. Нарушение осознавания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом

236 Отрицательные эмоции возникают оттого, что имеющаяся информация:

a. Избыточна
b. Недостаточна
c. Достаточна
d. Почти достаточна

237 Палимпсест – это:

a. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям

b. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

c. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики

d. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения

e. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро

238 Палимпсесты наиболее характерны для:

a. Шизофрении
b. Неврозов
c. Олигофрении
d. Алкоголизма
e. Психопатий
f. Циклофрении

239 Парабулия – это:

a. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с непроизвольной подменой одних идей другими

b. Ответы на поставленные вопросы невпопад, не по существу, возникающие у больных с кататоническими расстройствами

c. Аффект качественно и количественно не соответствующий его причине

d. Ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом

e. Извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений

240 Персеверация – это:

a. Застревание в сознании какой-либо мысли или представления с монотонным их повторением в ответ на вновь задаваемые вопросы, не имеющие отношения к первоначальному

b. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно

c. Убежденность больного, что окружающие, родные и знакомые являются совершенно посторонними, неизвестными ему людьми, но загримированными под близких и знакомых

d. Расстройство мышления сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли

e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

241 Пожилые люди:

a. Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события
b. Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал
c. Легче вспоминают что-то, чем узнают
d. Все ответы неверны

242 Полидипсия – патологическое усиление:

a. Аппетита
b. Жажды
c. Сексуальности
d. Волевых побуждений

243 При извлечении информации из памяти всегда легче:

a. Вспомнить какой-то отдельно взятый элемент
b. Распознать элемент информации среди предъявленных других
c. Ответить на прямые вопросы
d. Не учитывать контекста

244 Растерянность (аффект недоумения) – это:

a. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому

b. Расстройства восприятия в виде ощущений и образов непроизвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)

c. Нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами. При внешней упорядоченности речь лишена содержания

d. Неистовое возбуждение, внезапно сменяющее заторможенность или ступор

e. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

245 Растерянность, недопонимание, недоосмысление, снижение синтетических способностей, выраженный астенический фон наблюдается при:

a. Ипохондрическом синдроме
b. Онейроиде
c. Паранойяльном синдроме
d. Кататоническом возбуждении
e. Аменции
f. Нигде из перечисленных состояний

246 Сенсорная память:

a. Действует на уровне рецепторов
b. Действует меньше одной секунды
c. Лежит, в частности, в основе последовательных образов
d. Все ответы верны

247 Способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности определяется как:
a. Влечение
b. Память
c. Воля
d. Мышление
e. Внимание

248 Стереотипия – это:
a. Постоянное повторение какого-либо действия, слова, фразы
b. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот -знакомых как чужих людей, но принявших их облик
c. Складывается из симптома иллюзии двойников, симптома положительного или отрицательного двойника
d. Проявление повышенной внушаемости и галлюцинаторной готовности у больного в предделириозном состоянии: надавливание на глазные яблоки, при соответствующем внушении вызывает зрительные галлюцинации
e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления

249 Ступор – это:
a. Убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, незнакомые лица являются его родными и близкими, но загримированы под незнакомых
b. Состояние психической и двигательной заторможенности
c. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот -знакомых как чужих людей, но принявших их облик
d. Повторение увиденных действий
e. Неузнавание своего отражения в зеркале

250 Фиксационная амнезия – утрата памяти на:
a. События, предшествующие бессознательному состоянию, психическому или соматическому заболеванию
b. События, непосредственно следующими за периодом болезни
c. События, имевшие место в период нарушения сознания
d. Текущие события

251 Фиксационная амнезия характерна для следующего психопатологического синдрома:
a. Паранойяльного
b. Маниакального
c. Делириозного
d. Синдрома Корсакова
e. Астенического
f. Обсессивного

252 Что является сенсорной основой эмоций?
a. Мышление
b. Ощущение

c. Речь

253 Эйфория – это:

a. Незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением

b. Повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью

c. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

d. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

254 Экстаз – это:

a. Повторение увиденных действий

b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации

e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

255 Эмоциональная тупость наблюдается при:

a. Расстройствах личности

b. Алкогольном делирии

c. Шизофрении

d. Аффективных расстройствах

e. Невротических расстройствах

256 Эмоциональное обеднение (аффективная тупость) – это:

a. Повторение увиденных действий

b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)

e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

257 Эретическое возбуждение – это:

a. Повторение увиденных действий

b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)

e. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе самоповреждений

258 Эхолалия – это:

a. Повторение услышанных слов и предложений

b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения

c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации

e. Повторение увиденных действий

259 Эхопраксия – это:

a. Повторение увиденных действий

b. Повторение услышанных слов и предложений

c. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов

d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов

e. Неодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие

260 Нервная анорексия проявляется:

a. Ретроградной амнезией

b. Абсансами

c. Стремлением к похуданию, связанным с боязнью полноты

d. Снохождением

e. Повышенной потребностью в пище

261 Автоматизм амбулаторный:

a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами

b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность.

c. Потеря способности запоминать текущие события

d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций

e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

262 В структуре парафренного синдрома ведущими являются:

a. Признаки нарушения сознания

b. Депрессия

c. Бред величия

d. Фантастические конфабуляции

e. Эйфория

f. Снижение памяти и интеллекта

g. Астения

h. Импульсивность

263 Ведущие симптомы при галлюцинозах – это:

a. Признаки нарушенного сознания

b. Псевдогаллюцинации
c. Расстройства памяти
d. Истинные галлюцинации
e. Сенестопатии
f. Дереализационно-деперсонализационные

264 Выделяются следующие варианты кататонического возбуждения:
a. Растеряно-патетический
b. С мышечным оцепенением
c. Импульсивный
d. С негативизмом
e. С «восковидной гибкостью»

265 Выделяются следующие варианты кататонического ступора:
a. Растерянно-патетический
b. С негативизмом
c. Импульсивный
d. Немой
e. С «восковой гибкостью»
f. Кататоно-гебефренный

266 Гебефренический синдром встречается при:
a. Аффективных расстройствах
b. Расстройствах личности
c. Умственной отсталости
d. Шизофрении
e. Невротических расстройствах
f. Алкоголизме

267 Гебефренический синдром характеризуется:
a. Галлюцинациями
b. Манерно-дурашливым поведением
c. Навязчивостями
d. Сенсопатиями
e. Безмотивными действиями
f. Депрессией
g. Морией

268 Главным симптомом паранойяльного синдрома является:
a. Обстоятельность мышления
b. Гипермнезия
c. Аффективная напряженность
d. Повышенная самооценка
e. Интерпретативный бред

269 Для паранойяльного синдрома характерны:
a. Признаки нарушения сознания
b. Истинные галлюцинации
c. Судорожные расстройства
d. Перечисленные клинические проявления не характерны

270 Интерпретативный систематизированный паралогичный бред определяет синдром:

a. Психического автоматизма
b. Парафренный
c. Паранойяльный
d. Корсаковский
e. Делириозный

271 Кататонический ступор наблюдается при:

a. Невротических расстройствах
b. Умственной отсталости
c. Аффективных расстройствах
d. Шизофрении
e. Расстройствах личности

272 Манерно-дурашливое поведение, безмотивные действия, мория определяют синдром:

a. Истерический
b. Маниакальный
c. Кататонический
d. Гебефренический
e. Паранойяльный

273 Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:

a. Аффективных
b. Нарушенного сознания
c. Галлюцинаторно-бредовых
d. Невротических
e. Астенических

274 Первичный бред является ведущим признаком синдрома:

a. Депрессивного
b. Кандинского-Клерамбо
c. Парафренного
d. Галлюциноза
e. Паранойяльного
f. Амнестического

275 Психические автоматизмы наиболее полно представлены в синдроме:

a. Парафренном
b. Паранойяльном
c. Кандинского-Клерамбо
d. Корсаковском
e. Галлюцинаторно-параноидном

276 Психические автоматизмы наиболее характерны для:

a. Делирия
b. Кататонического синдрома
c. Синдрома Корсакова
d. Синдрома Кандинского-Клерамбо
e. Параноидного синдрома

277 Составными частями синдрома Кандинского-Клерамбо являются:

a. Амнестическая дезориентировка
b. Бредовые идеи преследования и воздействия
c. Истинные галлюцинации
d. Психические автоматизмы
e. Эйфория
f. Псевдогаллюцинации
g. Гипермнезия
h. Фантастические конфабуляции

278 Трема – это:

a. Нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха
b. Общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом
c. Выраженная замедленность, затрудненность мышления. Затрудненными, замедленными становятся также речь и действия больных
d. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
e. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот -знакомых как чужих людей, но принявших их облик

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

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

1. Больной А., 34 года, рабочий. На протяжении последних 10-12 лет злоупотребляет алкоголем, пьет по 5-7 дней в дозе 500-700 мл ежедневно, тяжело переносит похмелье, по поводу «тяги» к спиртному дважды лечился амбулаторно у нарколога, дома – частые конфликты с женой по поводу пьянства. На прием к психиатру доставлен супругой, со слов которой «три дня назад, после очередной пьянки, стал каким-то тревожным, к чему-то прислушивается, затыкает уши руками, с кем-то переговаривается, ругается». При осмотре: внешне – тревожен, суетлив, в то же время понимает, где находится и с кем беседует. Сообщает, что в последние дни стал «слышать» знакомые и незнакомые голоса, которые «идут с улицы, из соседних домов», «разговариваю с ними, как с живыми…». Уверен в реальности происходящего, переговаривается с ними, объяснить причину их возникновения не может, больным себя не считает.

Вопрос:

3. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
4. Тактика лечения?

2. У больного Л., 34 лет, находящегося в инфекционном отделении по поводу крупозной пневмонии, несколько дней подряд сохранялась высокая температура. На этом фоне у Л. стали наблюдаться эмоциональные нарушения от немотивированной эйфории до экстаза. В дальнейшем у больного обнаружилась нарастающая отрешенность от окружающего, двигательная заторможенность наряду с «богатым» мимическим полиморфизмом: на лице сменяли друг друга гримасы недоумения, благодушия и ужаса. Параллельно с этим отмечалась полная дезориентация в пространстве, времени и собственной личности. В течение двух дней Л. был практически недоступен смысловому контакту, неподвижно сидел на кровати, изредка вздрагивая и взмахивая руками. При возобновлении контакта он отрывочно, но все же достаточно подробно рассказал, что «участвовал в сотворении мира», «был в аду», где над ним «веками проводились изощренные нескончаемые пытки», видел «извержение Везувия, разрушение зданий, гибель Помпеи» и т. д. События реальной действительности и свое

поведение в этот период практически не помнит.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Больная Р., 28 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на наличие навязчивых мыслей: «боязнь сойти с ума», «боязнь ошибиться на работе», боязнь раскрыть профессиональные коммерческие тайны при наличии «непреодолимого желания» их раскрыть, быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, чувство внутреннего напряжения.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась первым ребенком в семье из двух детей (имеет брата 24 лет). Родители живы и здоровы. В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Росла впечатлительным ребенком, существенное значение придавала успеваемости в школе. Окончила среднюю школу, затем институт, после чего работает по специальности. Замужем, муж водитель грузовика, отношениями с мужем не довольна, считает его «слабовольным, интеллектуально слаборазвитым человеком». Воспитывает дочь 2 лет.

Заболела 2 года назад, после рождения дочери, психоэмоционального напряжения, связанного с этим обстоятельством. В этот же период муж больной попал в автокатастрофу, что усилило тревогу, способствовало формированию навязчивых мыслей о его возможной гибели. В дальнейшем навязчивые мысли стали формироваться в отношении различных профессиональных ситуаций, в течение последних двух месяцев отмечалось ухудшение состояния. С перечисленными выше жалобами больная госпитализирована в клинику психиатрии академии.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, отмечаются выраженные вегетативные реакции: в момент беседы больная часто краснеет. Заявляет, что хочет избавиться от беспокоящих ее навязчивых мыслей, «от навязчивых мыслей жить невыносимо». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу, бреда нет. Суицидальных намерений нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?

Больная Ч., 25 лет, предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, нарушение сна (нарушение засыпания, частые пробуждения по ночам).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной доношенной беременности и родов единственным ребенком в семье. Окончила среднюю школу, училась посредственно. По окончании школы окончила медицинское училище, в настоящее время работает по специальности. Проживает совместно с матерью и бабушкой в отдельной квартире. Отец, в течение последних пяти лет с семьей не жил, за пять месяцев до поступления больной в клинику психиатрии покончил жизнь самоубийством. В возрасте 10 лет больная подверглась нападению в подъезде молодым незнакомым мужчиной, действия которого со слов больной носили сексуально агрессивный характер, подробно об этом факте рассказывать отказывается, факт изнасилования отрицает. С тех пор, со слов больной, она испытывает «неприязнь к мужчинам».

Считает себя больной в течение последних полутора лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, причиной своего заболевания считает разрыв отношений с молодым человеком, который, со слов больной «настаивал на интимных отношениях и не удовлетворялся дружбой». В течение предшествовавшего поступлению в клинику месяца, состояние ухудшилось: нарушился сон, появилась тревога. С перечисленными жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, однако ведет себя несколько настороженно, излагает жалобы спокойно. Настроение сниженное, отмечается фиксация на болезненных переживаниях, связанных с гибелью отца, при этом больная заявляет, что «самоубийство представляет собой возможных

выход из ситуации». Нарушений восприятия, мышления нет. Суицидальных суждений нет.

Вопрос:

3. Какой синдром наблюдается у больной?
4. Тактика лечения?

3. Больная М. 42 г., при поступлении предъявляла жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, чувство внутреннего напряжения, нарушение сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась первым ребенком в семье из двух детей. Родители психическими заболеваниями не страдали. В школу пошла в 7 лет, училась в основном на «хорошо». Окончила среднюю школу, после чего поступила на работу, в настоящее время работает лаборантом в институте. Замужем, имеет 2-х детей – 20 и 16 лет. Отношения в семье носят спокойный доброжелательный характер.

Заболела два года назад, когда работала на ночной работе, при этом нарушился сон, стали беспокоить дискомфортные ощущения в области сердца, больная не могла самопроизвольно заснуть, принимала валериану, успокоительные микстуры, транквилизаторы. В течение последних двух месяцев сон нарушился полностью, больная стала раздражительной, принимала до 10 таблеток феназепама в сутки, который ей не помогал. С перечисленными выше жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, напряжена, фиксирована на желании вылечиться от «нарушения сна», возможной сердечной патологии. Расстройств восприятия нет, мышление конкретное, нормальное по темпу, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Возможный диагноз?
3. Тактика лечения?

4. Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

3. Какой синдром наблюдается у больной?
4. Диагноз возможный и лечение?

5. Больная Г., 50 лет, при поступлении предъявляла жалобы на раздражительность, нарушение сна (нарушение засыпания), снижение работоспособности. «Днем нет бодрости». В последний год больная стала особенно раздражительной, повышает голос на членов семьи, сотрудников трудового коллектива, которым она руководит.

Из анамнеза: родилась единственным ребенком в семье. Родители психическими заболеваниями не страдали. В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично», после школы окончила институт. Больная постоянно работает по специальности. Замужем, имеет сына 24 лет.

Заболела примерно, пять лет назад, когда больная стала заниматься бизнесом, часто работала в ночное время, мало спала, в психиатрических лечебных учреждениях больная ранее не лечилась. В течение последних трех месяцев отмечалось ухудшение самочувствия, больная стала более раздражительной, нарушился сон, ухудшилась память. Перечисленные обстоятельства послужили основанием для госпитализации в психиатрическую клинику.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение неустойчивое, отмечаются выраженные вегетативные реакции, в момент беседы больная часто раздражается. Расстройства восприятия отсутствуют. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, нормальное по темпу, без нарушений стройности ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Дифференциальный диагноз

6. Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос:

3. Оцените описанные психопатологические проявления
4. Предположите диагноз и лечение

7. Больная М, 43 года, поступила с жалобами на: онемение конечностей, тревогу, заикание во время волнения, чрезмерную душевную чувствительность, периодически возникающую плаксивость, подавленное настроение, снижение памяти, особенно на даты, «рассеянность», ухудшение зрения и слуха, общую слабость, нарушение сна.

Два года назад во время переезда из Кандалакши в Сертолово у больной начинает болеть дочь, которую госпитализируют, муж в это время находится в другом городе по работе. Больная получает известие, что ее мать находится в тяжелом состоянии, и едет в Уфу. После нескольких недель ухода мать умирает на руках у больной. Тогда же у больной появляются тревога, беспокойство, снижается настроение, больная становится рассеянной, на что начинают обращать внимание ее родственники. Значительно ухудшается слух на одно ухо, снижается

зрение. В этом состоянии больная едет к семье на черноморский курорт, где ее самочувствие улучшается. Некоторое время больная чувствует себя неплохо, успешно работает, занимается семьей. Около года назад из-за старой проводки загорается небольшая комната с уборочным инвентарем на складе, подведомственном больной. Больная с помощником успешно тушит его, но помощник получает небольшие ожоги. Несмотря на минимальный материальный ущерб, после происшествия последовали серьезные разбирательства с психологическим давлением на больную. Появляется онемение конечностей, заикание во время волнения, подавленность, тревога, сопровождающаяся снами тревожного содержания, ухудшается память, особенно на даты, больная становится плаксивой, рассеянной, нарушается сон.

Объективно: сознание не нарушено, ориентирована верно. В беседу вступает легко, на вопросы отвечает правильно, но обстоятельно, фиксируясь на второстепенных деталях, иногда с трудом подбирая слова. Речь экспансивная, громкая, образная, хорошо модулированная. Мимика яркая, соответствует переживаниям больной. Поведение упорядоченное, несколько демонстративна, однако дистанцию в общении соблюдает. Держится немного напряженно с лечащим врачом – «боится показаться сумасшедшей», насторожена по отношению к соседкам. Говорит, что легла больше с диагностической и профилактической целью. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление обычного темпа, последовательное, без структурных нарушений. Обманы восприятия не выявляет, бредовые идеи не высказывает. Настроение несколько снижено, подавлена, выраженно тревожна. Без двигательных нарушений.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Диагноз?

8. Больной П., 25 лет. При поступлении предъявлял жалобы на болезненные ощущения в эпигастральной области. При объективном обследовании патология со стороны органов брюшной полости не выявлена. Из анамнеза. Ранее заболеваниями психоневрологического профиля не страдал. Заболел остро, когда без видимых причин резко снизилось настроение, нарушился сон, стал болезненно замкнутым, напряженным и тревожным. Казалось, что «путались и обрывались мысли», не понимал, «что с ним происходит», уединялся, высказывал идеи самообвинения, утверждал, что в чем то «сильно подвел всех» и «не может смотреть в глаза коллегам», однако объяснить, в чем его вина, не мог. По направлению врача-психиатра ПНД был госпитализирован в психиатрическую клинику. Был недоступен продуктивному контакту, выглядел подавленным и отрешенным. Свои переживания не раскрывал. Но требовал зачем-то «привлечь его к ответу», чтобы «искупить вину». Отказывался от пищи. Уверял, что врач про него почему-то «уже все знает». Впоследствии на фоне лечения антидепрессантами наблюдалась постепенная редукция симптоматики. В отделении одинок, бездеятелен, вял, малопродуктивен. При осмотре: В беседе формален, паралогичен, без критики к своему состоянию: «что-то казалось. . ., наверное, был нервный срыв». Обманов восприятия не выявлено. Настроение остается сниженным. Свои переживания, относящиеся ко времени поступления в клинику не раскрывает. В отношении будущего безразличен: «теперь все равно…». Интеллектуально-мнестические функции грубо не снижены. Суицидальные мысли отрицает.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Предположительный диф диагноз и терапия?

9. Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение

этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.

Психический статус. Основные виды ориентировки сохранены. Взгляд «холодный», мимика застывшая. Напряжена, подозрительна, голос маломодулирован. Настроение без признаков депрессии. Эмоциональные реакции сглажены. Мышление с резонерством, паралогичностью и соскальзыванием. Формально соглашается, что болеет, но при этом считает, что лечение ей не нужно так, как она здорова. Негативно относится к мужу, иногда раздражительна по отношению к нему, заявляет, что «если муж и дальше так будет себя вести, не знаю, что сделаю, …наверное повешусь». По-прежнему уверена в существовании у нее «нарушенной энергетической оболочки», в которой «есть дыры и через них уходит энергия». Убеждена в возможности экстрасенсорики и телепатии, воздействии их на людей. Свои переживания раскрывает неохотно, считает, что «и так все понятно». Память без грубых нарушений. Обманы восприятия не выявляет

Вопросы:

3. Опишите ведущие психопатологические симптомы у больной.
4. О каком ведущем синдроме идет речь?
5. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?

10. Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейролептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус:

Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Обманы восприятия отрицает, косвенных признаков галлюцинаций нет. Гипомимичен, движения замедленны. Продуктивному контакту доступен с трудом, речь в виде монолога. На вопрос о самочувствии пускается в длинный бессвязный рассказ о своей жизни, перескакивая с одной темы на другую. Самооценка завышена «много знаю, много умею. . ., редкий специалист». Аффективно сглажен, маломодулирован. Отмечает, что мало «чувств и влечений». Мышление нецеленаправленное, с

соскальзываниями и элементами резонерства. Без критики.

Вопросы:

4. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
5. Ваш диагноз?

11. Больной М., 36 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать больного 72 лет, здорова, по характеру добрая, покладистая Отец погиб на войне. Старшая сестра больного здорова. Больной родился от первой беременности в срок. Роды были затяжные, с наложением акушерских щипцов. Раннее детство без особенностей. От сверстников в развитии не отставал, однако был несколько вялым, пассивным, часто наблюдалась рвота. Посещал дошкольные учреждения. Учился ровно по всем предметам. С товарищами был общителен, дружелюбен. Из заболеваний в детском возрасте отмечаются детские инфекции, до 13 лет страдал ночным энурезом, во сне был беспокоен, часто просыпался. В дальнейшем эти явления исчезли. После окончания начальной средней школы работал токарем. К работе относился серьезно, замечаний и взысканий не имел. От службы в армии освобожден в связи с появлением судорожных припадков. Окончил вечерний техникум при заводе. С 21 года работал мастером. Всегда был старательным и добросовестным. Алкогольные напитки не употребляет, следуя рекомендациям врачей. В возрасте 30 лет установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. Не работает.

В 18 лет впервые возник большой судорожный припадок, когда, по рассказам коллег, по дороге с работы внезапно упал, начались судороги во всем теле, сопровождавшиеся мочеиспусканием и дефекацией. В дальнейшем припадки повторялись 1-2 раза в полгода,

В возрасте 22 лет припадки участились и стали ежемесячными. Лечился амбулаторно. Пароксизмы стали редкими (1-2 раза в год), но родные стали отмечать периодически возникающие расстройства сознания, во время которых больной на несколько секунд прерывал начатое действие, совершал бесцельные движения руками, а затем, как бы очнувшись, продолжал начатое. Подобные явления отмечались 2-3 раза в неделю.

С 28 лет у больного появились головные боли. Стал медлителен. Перешел на работу в отдел кадров. Был старательным, требовательным к сотрудникам. Участились головные боли. Стал конфликтовать с женой и дочерью. На работе был медлителен, болезненно реагировал на замечания в свой адрес, стали возникать конфликты с сослуживцами. В 32-летнем возрасте в связи с заметным снижением профессионального уровня и значительными изменениями личности установлена II группа инвалидности. Неоднократно лечился в различных психиатрических больницах. В настоящее время не работает, примерно 1 раз в неделю бывают пароксизмы по типу амбулаторного автоматизма.

Психическое состояние: больной ориентирован в месте, собственной личности, однако затрудняется назвать точную дату, хотя правильно называет месяц и год. Контактен. На вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь больного замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Он опрятен, поза несколько скованная.

Больной жалуется на периоды потери сознания и непроизвольные движения во время этого с полной амнезией в последующем, головные боли, слабость. Галлюцинаторные и бредовые расстройства отсутствуют. Все внимание больного сосредоточено на собственном заболевании. В значительной степени изменена память. Настроение подвержено колебаниям. На фоне благодушия и благожелательности часто возникают приступы раздражительности. Конфликтует с персоналом и больными по поводу соблюдения режима. Злопамятен. Критического отношения к своему состоянию нет. Основной целью жизни считает заботу о собственном здоровье.

При электроэнцефалографическом исследовании установлены признаки очаговой билатеральной пароксизмальной активности, явления ареактивности и десинхронизации.

На рентгенограммах черепа патологических изменений нет.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?
4. Укажите принципы лечения

12. Больной Н., 24 года. Многочисленные жалобы на головную боль, тошноту, плохой сон, слабость. Кроме того, Н. заявил, что ему «кажется» возможность развития у него инфаркта или инсульта, как было у его бабушки в 72 года. При последующих многочисленных амбулаторных и стационарных обследованиях никакой соматической патологии выявлено не было. В процессе общения с Н. выяснилось, что он с детства отличался застенчивостью, склонностью к тревожным опасениям, повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, боязливостью. Рос и воспитывался единственным ребенком в семье педагогов. С детства был окружен вниманием и заботой. Никаких серьезных психотравмирующих событий в памяти не отложилось. Вспоминает, что долгое время боялся темноты, опасался незнакомых людей, новых впечатлений. С детства верил в различного рода приметы, например, чтобы избежать плохой отметки, в школу ходил только определенной дорогой, по лестнице поднимался, переступая через ступеньку, во время экзамена всегда брал билет левой рукой и т. п. Всегда был склонен к сомнениям в правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.

Вопросы:

4. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
5. Ваш диагноз?

13. К неврологу обратился гражданин Л., 25 лет, с жалобами на вялость, слабость, общее «недомогание», головные боли, немотивированную слезливость.

Из анамнеза известно, что родился третьим ребенком в семье, наследственность психопатологически не отягощена. До 9-ти лет страдал ночным энурезом. С детства отличался повышенной возбудимостью и впечатлительностью. Мог длительное время находиться под впечатлением незначительных обид, часто долго не мог заснуть вечером и легко просыпался от малейшего шума. В школе отличался застенчивостью, к концу занятий утомлялся так, что «хотелось плакать от бессилия». Неоднократно приходил домой со слезами на глазах, на расспросы родителей отвечал, что просто очень устал. Достаточно часто болел простудными заболеваниями, но и после выздоровления «просил маму» не посылать его в школу и «дать отдохнуть еще пару дней». По окончании школы долго нигде не работал, не мог представить, как «впишется» в новый коллектив. С девушками практически не общался, предпочитал проводить все свободное время дома, в кругу близких людей. В армии не служил – родители «сделали какое-то заболевание». Позже родители же устроили работать на почту: занимался сортировкой газет. Спокойная обстановка и благожелательное отношение окружающих способствовали адаптации к новым условиям, и некоторое время Л. чувствовал себя относительно хорошо. Однако при получении работы, требующей хотя бы малейшего напряжения сил, быстро возникала рассеянность, нарушалась концентрация внимания, падала продуктивность. Да и обычный объем работы часто «казался не посильным». Наряду с этим отличался обидчивостью, повышенной раздражительностью, выливающейся иногда даже во вспышки гнева, которые, однако, быстро затухали. При многочисленных врачебных обследованиях ничего не выявлялось, получал рекомендации «сменить обстановку», «съездить в отпуск».

Настоящее ухудшение состояния связано с переходом на новую работу в букинистический отдел книжного магазина (на предыдущей «попал» под сокращение штатов).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения

14. Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кроватки, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жестикуляции и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопрятна при мочеиспускании и дефекации.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?

15. Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

2. Ваш диагноз?
3. Тактика терапии

16. Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспосабливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?

17. Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения

18. Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и эксперементально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?
4. Тактика лечения?

19. Больной А., 45 лет, обратился за помощью в психиатрическую клинику. Жалобы при поступлении на чрезмерное злоупотребление алкоголем, явления похмелья в утренние часы с рвотой и головной болью, отсутствие аппетита, тягу к алкоголю, быструю утомляемость, низкую работоспособность, ухудшение памяти, бессонницу, сниженное настроение, потерю интереса к окружающей жизни, тревожность, дрожание рук, боль в области сердца, периодическую опоясывающую боль, боль и онемение в области голеней.

Со слов больного и его матери наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без особенностей. Предпочитал находиться в центре внимания сверстников. Был склонен к лживости, фантазированию. После средней школы продолжил образование в ПТУ. Работал слесарем. В 19 лет был призван на военную службу. К службе адаптировался легко, имел поощрения от командования. После службы поступил в технический ВУЗ. Учился средне. По окончании ВУЗа работал по специальности. Отношения с начальством на последнем месте работы характеризует как конфликтные, однако на работе было много друзей, которые «сочувствовали и были на его стороне». После с работы занимался мелким бизнесом, несколько раз менял место работы, зарабатывал извозом на личном автомобиле. Последние полгода практически не работает. Около года назад в пьяном виде попал в автокатастрофу. От механической травмы пострадал правый глаз с ослаблением зрения. Проживает в пригороде Санкт-Петербурга в 2-х комнатной квартире. Женат. Отношения с женой конфликтные, «на грани развода». Около года жил с другой женщиной, после ссоры с которой, «вернулся в семью». Имеет двух дочерей. Со старшей дочерью, которая проживает отдельно, отношения также конфликтные. С младшей дочерью пятнадцати лет, отношения

хорошие.

Злоупотребляет алкоголем в течение последних 10-15 лет. Из-за пьянства понижался в должности, имел дисциплинарные взыскания. В возрасте 35 лет привлекался к суду чести за нарушение дисциплины и этических норм поведения. Дома в пьяном виде угрожал жене побоями. Жена неоднократно ночевала у соседей. Потом плакал, просил прощения, обещал, что «больше такого не повторится». Шантажировал самоубийством. Пьянство носило практически ежедневный характер. Вместе с тем, после очередного конфликта в семье и на работе самостоятельно прекратил употребление алкоголя. Период трезвости продолжался три года. В дальнейшем возобновил алкоголизацию. Неоднократно лечился амбулаторно у частных врачей. Ремиссии до 3 месяцев. Последний год алкоголь употреблял ежедневно до 0, 5 л водки. После автомобильной аварии алкоголизация резко усилилась. Последнее употребление – за два дня до осмотра.

При осмотре: лицо гиперемировано, сосуды склер инъецированы. Отмечаются повышенная потливость, крупноразмашистый тремор. Пульс 94 удара в мин., АД 180/110, выслушивается акцент второго тона на аорте. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 1, 5-2 см из-под реберной дуги. На УЗИ определяется изменение плотности печеночной ткани, признаки отека поджелудочной железы. Анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Больной тревожен. Настроение резко снижено. Мышление вязкое, с ипохондрической фиксацией на соматическом состоянии. Высказывает идеи опасения за свою жизнь. Неохотно и формально отвечает на вопросы, касающиеся личной жизни.

В течение первой недели стационарного лечения состояние значительно улучшилось, нормализовались ночной сон, аппетит, настроение. Время проводит среди больных. Общителен, деятелен. Опрятно одет. В беседе подробно и охотно рассказывает о себе. Речь цветистая. Свою жизнь представляет как «цепь нереализованных возможностей», а себя как «жертву обстоятельств и непонимания», «борца за правду». Ищет сочувствия к себе: «Кому нужен слепой инвалид?». Во всех житейских ситуациях обвиняет окружающих. В поведении демонстративен. Особо обращает внимание высказываниями произнесенными «вскользь», о работе на «секретных объектах», что не подтверждается женой и матерью. Установка на прекращение алкоголизации формальная.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

20. Больной У., 38 лет, токарь. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор конечностей, отсутствие сна, плохой аппетит, тревогу, страх смерти, ощущения онемения, зуда и жжения в стопах, ощущение стягивания в икрах, боли в ногах при быстрой ходьбе. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Учился в основном на удовлетворительно. Образование среднее техническое. В настоящее время не работает. Алкоголь употребляет с 15-летнего возраста, регулярно – с 18 лет. Рвотный рефлекс отсутствует с 20 лет. С 23 лет сформирован абстинентный синдром. Отмечает частые амнестические формы опьянения. В состоянии опьянения становится агрессивным, злобным, раздражительным, бьет родную мать, участвует в драках. За хулиганские действия в пьяном виде был осужден на пять лет лишения свободы с отбыванием срока в колонии строгого режима. В местах лишения свободы заболел туберкулезом легких. В течение последних 2-3 лет страдает тяжелыми запоями, продолжительности до полутора недель. Пьет до сопорозного состояния. Потерян количественный и ситуационный контроль. Толерантность снизилась с 1л до 0, 2-0, 4 л водки в сутки, при отсутствии денег употребляет суррогаты алкоголя. Абстинентный синдром до 7-8 дней. На высоте абстиненции наблюдались судорожные

припадки, психозы. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. Максимальные ремиссии до 6 месяцев. Последний запой в течение недели, доставлен в клинику родственниками.

При осмотре: состояние средней тяжести. Лицо отечно, гиперемировано. Изо рта резкий запах алкоголя. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД=150/100. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное с жестким оттенком. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Отмечаются: атрофия мышц нижних конечностей, боли в проекции седалищных нервов, снижение коленных рефлексов. Дезориентирован во времени – не может правильно назвать месяц, дату и день недели. Контакт затруднен, просит «дать ему хоть глоток спиртного, чтобы поправиться». Настроение снижено, легко аффектируется. Гневлив, с элементами вербальной агрессии по отношению к родственникам и врачу. Полностью отсутствует критика к своему состоянию: больным алкоголизмом себя не считает, переоценивает свои профессиональные возможности, хвастлив. Дистанцию не соблюдает. В беседе соглашается только подлечить ноги, так как «с пьянством справится сам». Интеллектуально снижен. Суждения примитивные. Память нарушена. Кроме нарушения ориентировки во времени не может вспомнить события последних дней, адрес родителей, имена сослуживцев по месту последней работы. Мышление замедленно по темпу, без структурных нарушений. Бреда и обманов восприятия не выявляется.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

21. Больной К., 40 лет, врач. Жалобы на быструю утомляемость, неустойчивое настроение с тенденцией к сниженному, повышенную потливость, бессонницу. Рос и развивался без особенностей. Успешно закончил школу и медицинский институт. Кандидат медицинских наук. Доцент. Заведующий хирургическим отделением крупной больницы. Часто имеет суточные дежурства или работает до позднего вечера. Женат, двое детей. Отношения в семье хорошие. Себя характеризует как общительного, энергичного человека. Вместе с тем в последний год отмечает подавленность, что связывает с большими психоэмоциональными нагрузками, конфликтными ситуациями на работе и материальными трудностями.

Алкоголь употребляет с 14 лет. До 30 лет предпочитал вино или пиво. Затем наряду с пивом, достаточно часто стал употреблять крепкие спиртные напитки. Отмечает, что в молодости были периоды «настоящего пьянства», сменявшиеся периодами умеренного употребления алкоголя. Периоды «настоящего пьянства» связывает с влиянием среды. Алкоголь употреблял в компании, как правило, в хорошем настроении. Переносимость алкоголя хорошая. Рвотный рефлекс сохранен на высокие дозы алкоголя. Толерантность до 0, 5 л водки в сутки. В большинстве случаев дозу контролирует, но иногда «заводится». Появляется «тяга», не может остановиться и доводит себя до пьяного состояния. В таких случаях утром чувствует себя очень плохо. Болит голова, сердце, желудок. Два года назад наметилась тенденция к ежедневному вечернему употреблению алкоголя. Сообщает, что алкоголь позволяет быстро расслабиться. Заметил, для того чтобы «расслабиться» последние полгода требуется значительно больше водки или коньяка – до 150 г. По этому поводу жена стала делать замечания. Выпивать начал по дороге домой или на работе. «В этом случае жена не может определить, сколько я выпил, пятьдесят или сто пятьдесят». После массированной алкоголизации отмечает тревожность, чувство вины, сниженное настроение, бессонницу. В этих случаях самостоятельно принимает транквилизаторы. Лекарства значительно облегчают состояние. Предположил, что изменение настроения и активности может быть связано с алкоголем. Обратился за консультативной помощью.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. В беседе активен, откровенен, задает много вопросов. Мышление без особенностей. Интеллект высокий. Отмечается повышенная потливость и тахикардия. Критика к своему состоянию полная. Сообщает о желании прекратить регулярное употребление алкоголя, однако считает, что изредка следует «расслабляться».

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

22. Больной М., 37 лет, сотрудник охранного предприятия. Жалобы на раздражительность, неустойчивое настроение. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отмечает, что с детства «укачивало» в транспорте, в жару терял сознание. Закончил школу, военное училище. Демобилизовался в возрасте 33 лет по сокращению штатов в звании капитана. Непродолжительное время служил в органах МВД, затем в охранной фирме. Служба связана с частыми суточными дежурствами. Всегда отличался упрямством, педантичностью, ответственностью, аккуратностью. На все имел свое мнение, с трудом принимает чужую точку зрения. Испытывал трудности в межличностных контактах. По характеру вспыльчивый, угрюмый. Женат, имеет ребенка. Жену ревнует, старается ограничить ее социальные контакты. Неоднократно среди ночи внезапно приезжал домой с дежурства. Объяснял свой приезд надуманным предлогом. Жене было очевидно, что он контролирует ее поведение.

Алкоголь употребляет с 14 лет. Длительное время алкоголь переносил плохо. После незначительных доз часто появлялась головная боль. Вместе с тем, алкоголь в количестве до 150 мл водки употребляет 3-4 в неделю, после дежурства, с целью «расслабиться». Пьет только дома. При употреблении 300 и более грамм водки появляется фонтанирующая рвота. Характерны эпизоды выпадения памяти на период опьянения. Кроме того, в состоянии опьянения бывает агрессивным, подозрительным.

Накануне вечер проводил с женой и ее подругой. Пили сухое вино и коньяк. Со слов жены выпил около 300 мл коньяка и 500 мл вина. Внезапно выключился из беседы. Взгляд стал отрешенным. Затем с нечленораздельным криком вскочил с места и начал метаться по кухне. «Был просто страшен». На обращенную к нему речь не реагировал. «Как будто нас не видел». Стереотипно выкрикивал одно слово «нет». Начал крушить мебель, бить посуду. Разрушительные действия были хаотичными. Через 10-15 минут обмяк, сел на пол, через минуту упал и заснул. Спал три часа. Не мог понять, что произошло. Категорически отказывался верить, что все сделал он.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. Мышление обстоятельное, вязкое. О себе рассказывает очень осторожно. Обдумывает каждый вопрос. Охотно говорит на отвлеченные темы, например о политике, нравах в обществе. Возбуждается. Категоричен в суждениях и оценках. На сделанный врачом комплимент жене весь напрягся. Напуган тем, что произошло. Заявляет, что с «водкой закончено». От госпитализации отказался.

Вопросы:

5. Ваше представление о больном?
6. Дифференциальный диагноз?
7. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
8. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

23. Бригадой скорой помощи была госпитализирована в хирургический стационар молодая девушка 16 лет по поводу флегмоны правой ягодичной области, возникшей, со слов девушки, в результате внутримышечного введения раствора витамина «С». Однако позже она призналась, что вводила себе не раствор витамина, а героин. При расспросе рассказала, что употребляет

наркотики уже в течение двух лет, сначала пробовала морфин, омнопон, кодеин, однако героин оказался в этом ряду самым сильным и самым «впечатляющим» препаратом. При беседе «обожествляла» наркотик, говорила, что он – «единственное утешение в нашей серой, грязной жизни». По силе и полноте получаемых ощущений, эффект от наркотика «раз в сто» сильнее «удовольствия от секса». Единственным его недостатком, со слов девушки, является высокая стоимость. Нередко приходится воровать, продавать свои вещи, т. к. без очередной дозы становится «плохо»: помимо общего снижения настроения, начинает «выкручивать» суставы, «ломать» мышцы, появляется сильная головная боль. Да и на каждый очередной прием требуется больше наркотика, чем раньше для достижения такого же «спектра» ощущений. По образному выражению девушки, все наркоманы «сволочи» и за очередную дозу «готовы продать родную мать».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

24. «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Софронову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра…»

Вопрос:

2. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

25. «Смотря что понимать под термином «самочувствие». Если ранжировать физиологические, психологические, социальные и характерологические составляющие, то первые две у меня относительно в норме, у оставшихся же имеется отчетливая тенденция к отрыву от общепринятых личностно-государственных нормативов. Понятие «нормы» в современном историческом этапе развития человечества неоднозначно. Так, я могу быть нормальным по отношению к государству и ненормальным с точки зрения своего семейного обитания, или наоборот, а с помощью математики можно рассчитать неограниченное число вариантов в системе «Я – самочувствие – норма». Идеально здоровых людей в мире не существует, у всех что-нибудь да болит. В условиях современного цивилизованного общества это неизбежно; болезни – расплата за прогресс. Прогресс привел человека в космос, а самочувствие человека в космосе отличается от его здоровья на Земле…»

Вопрос:

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного в ответ на вопрос врача о самочувствии?

26 Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько

денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

27. Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая…Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

28. Больной П., 40 лет. Образование высшее. Жалобы на пароксизмы с потерей сознания, сопровождающиеся причмокиванием, снижение памяти. Частота – 1 раз в месяц, продолжительность – 1-2 мин. Считает себя больным с 37 лет, когда после перенесенного токсического гриппа возникли пароксизмы с потерей сознания и причмокиванием. После них ощущал сладкий вкус, как после приема сладкой пищи. В анамнезе грипп, паротит, воспаление легких. Наследственность здоровая.

Объективно: со стороны соматического состояния патологических изменений не обнаружено. Неврологическое обследование патологии не выявило. Психических отклонений от нормы не имеется.

КГ: признаки гипертензии отсутствуют. Турецкое седло с ровными контурами. Частичное обызвествление.

ПЭГ: давление ликвора в положении сидя 410 мм вод. ст., воздух заполнил ликворосодержащие пути. Топография и размеры желудочков не изменены. В щелях субарахноидального пространства головного мозга мало воздуха, заполнившиеся щели не изменены. Цистерны основания не расширены.

ЭЭГ: фоновая активность во всех областях коры головного мозга представлена достаточно выраженными, с отчетливыми региональными отличиями альфа ритмом частотой 9, 5-10 кол/с и амплитудой 15-20 мкВ, беспорядочными полиморфными медленными тета-и дельта волнами умеренной амплитуды и низко амплитудными быстрыми бета-и сигма колебаниями. Быстрые колебания чаще в правой височной области. Иногда отчетливо прослеживается небольшое преобладание медленных волн по длительности и амплитуде в областях правого полушария, более выраженное в теменной, нижней теменной и височной областях. Эпизодически регистрируются генерализованные периоды резкого подавления альфа активности и замены ее на беспорядочные полиморфные медленные и быстрые колебания, а также генерализованные билатерально синхронные вспышки медленных волн повышенной амплитуды, иногда с небольшим правосторонним акцентом. Выявляются умеренно диффузные изменения

электрической активности коры головного мозга с небольшим акцентом в областях правого полушария. Признаки заинтересованности срединных отделов. Четких эпилептиформных комплексов и пароксизмов не зарегистрировано, однако отмеченные внезапные изменения фоновой активности свидетельствуют о склонности к резким изменениям функционального состояния головного мозга.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?
4. Рекомендации по лечению.

29. Пациентка, 23 года, студентка педагогического института. По характеру застенчивая, обидчивая, любит уединение. Учится хорошо; много занимается. Живет на частной квартире с хозяйкой. В течение последних 2-х месяцев у девушки конфликт с хозяйкой: та обвинила ее в краже денег. Пациентка чувствовала себя оскорбленной, хотела уйти на другую квартиру, но побоялась, что уход будет расценен как бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время много занималась в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамен с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, часто щупала пульс: казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, думала о болезни, отмечалась бессонница. Терапевтом направлена в психоневрологичнский диспансер. На приеме у врача-психиатра: правильно ориентирована, подробно рассказывает о своей болезни. Переживает, что не сдала экзамен; боится, что не сможет больше учиться. Жалуется, что при чтении книг не может сосредоточиться, не может переносить яркого света в комнате, звуков телевизора, при занятиях быстро устает. Все время говорит о болезни сердца, щупает у себя пульс. Предъявляет жалобы на нарушение сна, снижение аппетита, плаксивость и раздражительность. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы к задаче:

6. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
7. Укажите ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациента.
8. Предположите диагноз.
9. Особенности взаимодействия с пациентом.
10. Ваши рекомендации.

30. Больной М., 37 лет, сотрудник охранного предприятия. Жалобы на раздражительность, неустойчивое настроение. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отмечает, что с детства «укачивало» в транспорте, в жару терял сознание. Закончил школу, военное училище. Демобилизовался в возрасте 33 лет по сокращению штатов в звании капитана. Непродолжительное время служил в органах МВД, затем в охранной фирме. Служба связана с частыми суточными дежурствами. Всегда отличался упрямством, педантичностью, ответственностью, аккуратностью. На все имел свое мнение, с трудом принимает чужую точку зрения. Испытывал трудности в межличностных контактах. По характеру вспыльчивый, угрюмый. Женат, имеет ребенка. Жену ревнует, старается ограничить ее социальные контакты. Неоднократно среди ночи внезапно приезжал домой с дежурства. Объяснял свой приезд надуманным предлогом. Жене было очевидно, что он контролирует ее поведение.

Алкоголь употребляет с 14 лет. Длительное время алкоголь переносил плохо. После незначительных доз часто появлялась головная боль. Вместе с тем, алкоголь в количестве до 150 мл водки употребляет 3-4 в неделю, после дежурства, с целью «расслабиться». Пьет только дома. При употреблении 300 и более грамм водки появляется фонтанирующая рвота. Характерны эпизоды выпадения памяти на период опьянения. Кроме того, в состоянии опьянения бывает агрессивным, подозрительным.

Накануне вечер проводил с женой и ее подругой. Пили сухое вино и коньяк. Со слов жены

выпил около 300 мл коньяка и 500 мл вина. Внезапно выключился из беседы. Взгляд стал отрешенным. Затем с нечленораздельным криком вскочил с места и начал метаться по кухне. «Был просто страшен». На обращенную к нему речь не реагировал. «Как будто нас не видел». Стереотипно выкрикивал одно слово «нет». Начал крушить мебель, бить посуду. Разрушительные действия были хаотичными. Через 10-15 минут обмяк, сел на пол, через минуту упал и заснул. Спал три часа. Не мог понять, что произошло. Категорически отказывался верить, что все сделал он.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. Мышление обстоятельное, вязкое. О себе рассказывает очень осторожно. Обдумывает каждый вопрос. Охотно говорит на отвлеченные темы, например о политике, нравах в обществе. Возбуждается. Категоричен в суждениях и оценках. На сделанный врачом комплимент жене весь напрягся. Напуган тем, что произошло. Заявляет, что с «водкой закончено». От госпитализации отказался.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

31 Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Вопрос:

3. Определите ведущие симптомы
4. Назовите синдром

32. Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена: сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся.

Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неутомим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулостатический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет

несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудов. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0, 5º/оо белка.

Вопрос:

3. Укажите ведущий синдром.
4. Ваш диагноз?

33. Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытие для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее». Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи…». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейролептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.

В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами: «заяц, драный заяц гедал…, полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В

отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.

ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции диэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.

Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне сохранности мнестических процессов.

Вопросы:

3. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
4. Ваш диагноз?

34. Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

4. Ваш диагноз?
5. Клинические симптомы и синдромы опишите

35. Больной М., 40 лет. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор пальцев, слабость, головную боль, беспокойство, бессонницу, «запойное» злоупотребление алкоголем. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Женат, имеет дочь 15 лет. В настоящее время работает авиадиспетчером. Впервые попробовал алкоголь в 16-летнем возрасте – выпил в компании одноклассников 250 мл крепленого вина, после чего на фоне опьянения была многократная рвота. До 35 лет алкоголь употреблял умеренно «по праздникам и выходным». Систематически употребляет алкоголь в течение последних 5 лет, с целью «расслабиться, снять напряжение». Пьет преимущественно крепкие спиртные напитки и пиво. Толерантность до 1 литра 40% водки в сутки. Отмечает «провалы в памяти» в состоянии опьянения. В последние два года отметил, что по утрам остро чувствует тягу к алкоголю, «разбитость», тошноту, потливость, дрожание рук, пребывает в плохом настроении, «все раздражает». Эти явления снимаются приемом 100-150 мл водки. Во второй половине дня вновь появляются и нарастают указанные явления. Пытается самостоятельно контролировать потребление алкоголя. В последний год воздерживается от любого алкогольного напитка в среднем около двух месяцев, потом следует «срыв». Указывает, что срыву предшествует «какое-нибудь событие: праздник, встреча с сослуживцами, неприятности по работе и т. д. ». Пьет запоем от 3 до 7 дней. Из запоя выходит с медицинской помощью – вызывает на дом врача-нарколога. Последнее употребление алкоголя в течение трех дней до 0, 5-0, 7 литра водки в сутки.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Лицо отечно, гиперемировано. Выраженный

запах алкоголя изо рта. Температура тела 37, 1 град. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Тоны сердца ясные, звучные, границы в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выраженный дистальный гипергидроз, тремор пальцев рук, шаткость походки. Сознание не помрачено. Психотических расстройств нет. Настроение снижено. Контакт продуктивный, отвечает в плане задаваемых вопросов, извиняется, раскаивается. Неусидчив, тревожен, просит быстрее оказать помощь. Мышление без структурных нарушений, темп несколько замедлен. Интеллект в целом сохранный. Критика к своему заболеванию формальная.

Вопросы:

5. Ваше представление о больном?
6. Дифференциальный диагноз?
7. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
8. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

36. Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, раскрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг -«безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли, тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?
4. Укажите синдромы, описанные в задаче.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 3

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5)

1. Теоретические основы ведущих психотерапевтических направлений.
2. Цели, задачи и методы психотерапевтических интервенций.
3. Показания и ограничения к использованию психотерапии и различных ее форм.
4. Современные классификации психотропных препаратов.
5. Показания и противопоказания для эфферентной терапии.
6. Основные структурные подразделения психотерапевтической и психосоциальной направленности психиатрического ЛПУ (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. N 566 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»).

7. Система законодательства, регулирующая область психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи. Основные нормативные документы.
8. Современный этап реформы системы психиатрической помощи. Пути преодоления кризиса. Примеры реформирования в отечественной психиатрии и психотерапии.
9. Механизмы действия психотропных препаратов.
10. Оценка эффективности психофармакотерапии.
11. Группы используемых лекарственных препаратов при неотложной терапии.
12. Неотложные состояния в психиатрии и методы их коррекции.
13. Определение понятия «психотерапии».
14. Отличие помощи психотерапевтической от психологической и общемедицинской.
15. Основные факторы психотерапевтического воздействия (специфические и неспецифические).
16. Основные модели психотерапии.
17. Цели, задачи и методы психотерапии.
18. Классификация методов психотерапии.
19. Оценка эффективности психотерапии.
20. Этапы психотерапевтической беседы.
21. Клинические основы применения психотерапии и выбор метода психотерапии.
22. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
23. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) направление психотерапии. Основные подходы (философский, соматический, духовный) и их представители.
24. Понятие «инсайта».
25. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии.
26. Понятие альтернативной психотерапии. Характеристики альтернативного целителя и пациента альтернативного целителя. Причины распространения. Тактика врача-психотерапевта.
27. Вклад терапевта и вклад пациента в процесс психотерапии.
28. Принципы, цели, организационные формы терапевтического сообщества. Показания, противопоказания.
29. Этико-деонтологические проблемы психотерапии.
30. Цели психотерапии при различны невротических расстройстах.
31. Особенности психотерапии детского возраста.
32. Основные этио-патогенетические концепции невротических расстройств.
33. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах.
34. Дифференциальная диагностика невротических и неврозоподобных расстройств.
35. Клиническая динамика основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах.
36. Проблема коморбидности невротических расстройств.
37. Клинические исходы невротических расстройств.
38. Фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
39. Клиническая характеристика тревожно – фобических расстройств.
40. Клиническая характеристика обсессивно-компульсивных расстройств.
41. Клиническая характеристика реакций на тяжелый стресс.
42. Диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства.
43. Клинические разновидности диссоциативные расстройств.
44. Клинические разновидности соматоформных расстройств.
45. Клиническоя картина ипохондрического расстройства.
46. Клиническая характеристика неврастении.
47. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.

48. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
49. Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.
50. Области применения ноотропов в психотерапии.
51. Этические принципы психотерапевта.
52. Врачебная тайна в психотерапии.
53. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии.
54. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии.
55. Основные стандарты работы врача-психотерапевта.
56. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
57. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
58. Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).
59. Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.
60. Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии. Общественно ориентированные формы психиатрической помощи. Основные принципы организации психиатрической помощи с опорой на сообщество (по И. Я. Гуровичу).
61. Контур базисных служб системы психиатрической помощи (по Торникрофт Г., Танселла М.). Базисные компоненты и варианты. Существующие модели в отечественной психиатрии и психотерапии.
62. Общие представления о «личности», структура личности.
63. Основные этиологические концепции личностных расстройств.
64. Критерии психопатий по П. Б. Ганушкину.
65. Отечественная классификация расстройств личности.
66. Классификация личностных расстройств по МКБ-10.
67. Клиника истерического расстройства личности
68. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности
69. Общие представления об акцентуантах
70. Классификация акцентуированных личностей по К. Лиангарду.
71. Классификация акцентуаций характера по А. Е. Личко.
72. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.
73. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
74. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
75. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
76. Понятие «психоанализа» и его цели.
77. Из истории вопроса о психоанализе.
78. Что нового дал психоанализ З. Фрейда.
79. Методика проведения классического психоанализа и показания к нему.
80. Стадии развития личности по З. Фрейду.
81. Топическая структура личности в психоанализе.
82. Основные понятия в психоанализе: (перенос, сопротивление, контрперенос, защита, инсайт, рабочий альянс, «правило воздержания»-«абстиненция», вытеснение).
83. Понятие контрпереноса. История понятия. Источники контрпереноса (по М. Кану). Использование в психотерапии.
84. Основные техники работы с материалом в психоанализе (способы продуцирования материала, техника анализа материала и его этапы).

85. Типичные ошибки в психоанализе. Методы воздействия на бессознательное.
86. Анализ сновидений. Выздоровление через осознание.
87. Планы и цели психотерапевтического интервью.
88. Эдипов комплекс и его формирование.
89. Исторические истоки гештальт-терапии.
90. Основные положения и понятия («фигуры» и «фона»).
91. Отличия гештальт-терапии от классического психоанализа.
92. Понятие личности в гештальт-терапии.
93. Представление о патологии в гештальт-терапии: основные черты невротической личности.
94. Цели и задачи гештальт-терапии.
95. Структура и стадии развития личности в гештальт-терапии.
96. Понятие характера и зрелой личности в гештальт-терапии. Моральные установки и основные черты гештальт-терапевта.
97. Основные терапевтические подходы и техники, работа с симптомом. Триада оптимального психотерапевтического контакта К. Роджерса.
98. Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.
99. Проблема интегрированного лечения. Преимущества и недостатки психотерапии и психофармакотерапии. Принципы, при сочетанном применении психотерапии и психофармакотерапии.
100. Формы психосоциальной работы. Отличия психосоциальной работы от психотерапии.
101. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
102. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
103. Общие характеристики «автоматических когниций».
104. Отграничение неврозов от личностных расстройств (психопатий, «невроза характера», развитий личности т. п.) и шизотипического расстройства.
105. Пограничные психические расстройства в отечественной классификации. Понятие «малая» психиатрия. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (МКБ-10).
106. Определение невроза по Б. Д. Карвасарскому. Невротические синдромы.
107. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
108. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
109. Понятие инрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В. Н. Мясищеву).
110. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.
111. Модели взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии. Пять моделей.
112. Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Рационально-эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивно-поведенческая терапия А. Бека, мультимодальная терапия А. Лазарауса и др.
113. Организационные модули психосоциального лечения и реабилитации. Полипрофессиональное бригадное обслуживание. Отделения первого психотического эпизода. «Защищённое» жилье. Настойчивое лечение в сообществе. Реабилитационные и медико-реабилитационные отделения.
114. Понятия эксплоративной (раскрывающей) и суппортивной (поддерживающей) психотерапии.
115. Какое влияние оказывает больной неврозом на своего супруга и лиц из ближайшего окружения?
116. Экспрессивные методы психотерапии.

117. Критерии диагностики неврозов. Негативная и позитивная диагностика невроза. Клинико-патогенетический анализ.
118. Диагностический этап в поведенческой терапии. Основные задачи. Критерии выбора мишени терапии.
119. Поведенческий анализ как этап поведенческой терапии. Основные задачи.
120. Систематическая десенсибилизация (основные этапы).
121. Структура семейных отношений: сплоченность, иерархия, граница.
122. Жизненный цикл семьи. Стадии диагностического интервью и заключения терапевтического контракта.
123. Границы, виды семейных границ.
124. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.
125. Охарактеризуйте основные области и связанные с ними задачи практического применения арт-терапии.
126. Охарактеризуйте основные организационные формы групповой арт-терапии (динамическая, студийная, тематическая группы), их процессуально-технологические особенности и показания к применению.
127. Что такое системная клиническая арт-терапия? На каких теоретических положениях и принципах она основана?
128. Какие основные концептуальные положения и принципы составляют основу теории и методологии «классической» арт-терапии (психодинамическая модель)?
129. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии. ё
130. Каковы абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии?
131. Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).
132. Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях.
133. Имплозивные техники (наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева).
134. Основные мишени воздействия при проведении когнитивно-поведенческой терапии при панических расстройствах и агорофобии.
135. Дисфункциональные типы семейных структур.
136. Интероцептивная экспозиция. Основные приемы реализации при паническом расстройстве и агорофобии.
137. Поверхностные и центральные установки. Методика выявления установок.
138. Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.
139. Опишите фазы группой психотерапии, ориентированной на динамику группы.
140. Основные процедуры в психоанализе. Источники интерпретаций.
141. Нарушения внутрисемейных взаимодействий как фактор риска обострения.
142. Место и задачи семейной психотерапии в наркологии.
143. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии.
144. Показания и противопоказания для проведения семейной психотерапии.
145. Чем «открытое» внушение отличается от «прямого»?
146. Каковы основные причины супружеских дисгармоний в семьях больных неврозом?
147. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
148. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
149. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
150. Патоморфоз неврозов. Типы. Общие тенденции. Современное состояние. Динамика внутриличностных конфликтов.
151. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?

152. Чем отличается гипноз от медитации и аутогенной тренировки?
153. Как определить иррациональные убеждения. Этап опровержения иррациональных установок. Классификация техник этого этапа (жесткие, легкие, объективные, интегративные).
154. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
155. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.
156. Патоморфоз неврозов. Типы. Общие тенденции. Современное состояние. Динамика внутриличностных конфликтов.
157. Классификация невротических расстройств по длительности. Варианты затяжного неврастенического, истерического и обсессивно-фобического расстройства.
158. Интернет – зависимость. Типология, диагностика, значение ACE-модели К. Янг.
159. Этика телесно -ориентированной психотерапии
160. Базовые техники телесноориентированной психотерапии.
161. Современные методы телесно-ориентированной психотерапии.
162. Факторы выбора терапевтического лекарственного воздействия (по В. Н. Краснову и И. Я. Гуровичу).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5)

279 Наиболее существенным признаком астенического синдрома является:
a. Физическая утомляемость
b. Компульсивные поступки
c. Навязчивые сомнения
d. Функциональный паралич

280 Невротическая астения в отличие от органической отражает:
a. Постоянство клиической картины
b. Ситуативную обусловленность
c. Четкую зависимость обострений от влияния физиогенных факторов
d. Стойкость симптоматики

281 Для невротической депрессии в отличие от эндогенной характерно:
a. Отсутствие борьбы с болезнью
b. Преобладание идей самообвинения
c. Пессимистическое отношение распространено за пределы зоны конфликтной ситуации
d. Отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

282 Наиболее существенным признаком соматизированной (эндогенной) депрессии является:
a. Наличие ранних пробуждений
b. Неустойчивость клинических проявлений болезни
c. Соматические жалобы при органических нарушениях со стороны внутренних органов
d. Понимание связи своего состояния с переживаниями психотравмирующих обстоятельств

283 Агарофобия является страхом:

a. Высоты
b. Сумасшествия
c. Открытых пространств
d. Заражения

284 Для обессивного синдрома характерно:
a. Отсутствие компонента борьбы
b. Бледность эмоционального аккомпанимента обессии
c. Обилие однообразных ритуалов
d. Понимание необоснованности, болезненности расстройства

285 Отсутствие аппетита психогенной этиологии, которое представляет угрозу здоровью и даже жизни называется:
a. Нервная анорексия
b. Психогенная булимия
c. Болезнь Крона
d. Гипотиреоз

286 Нервная анорексия чаще возникает
a. У девушек и молодых женщин
b. У пожилых людей
c. У лиц обоего пола после 30 лет
d. После тяжело протекающей беременности

287 Характерным симптомом для нервной анорексии (в отличие от банальных вариантов алиментарных дистрофий) является:
a. Повышенная ломкость ногтей
b. Аменорея
c. Появление пушковых волос по всему телу
d. Исчезновение подкожной жировой клетчатки

288 Синдром, типичный для нервной анорексии, клиническими проявлениями которого явяется преувеличенная фиксация на собственной внешности с искажением ее восприятия носит название:
a. Дереализация
b. Деперсонализация
c. Дисморфофобия
d. Дисморфомания

289 Нарушение функции пищевода при неврозах бывают:
a. Двигательные, чувствительные и чувствительно-двигательные
b. Двигательные
c. Двигательные и чувствительные

290 Больные с неротическим спазмом пищевода:
a. Легче глотают жидкую пищу
b. Легче глотают твердую пищу
c. С трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу

291 Больные с невротическим спазмом пищевода чаще:

a. Девушки в возрасте 15-20 лет
b. Мужчины в возрасте 30-45 лет
c. Женщины в возрасте 20-30 лет
d. Юноши в возрасте 15-20 лет

292 Тяжелые приступы икоты, кроме неврозов наблюдаются при:
a. Хронической почечной недостаточности
b. Ишемической болезни сердца
c. Пневмотораксе
d. Шейном остеохондрозе

293 При дифференциальной дианостике невротических расстройств дыхания и бронхиальной астмы важным лабораторным признаком является:
a. Периодическое появление слизистой мокроты
b. Наличие в мокроте альвеолярных макрофагов
c. Появление эозинофилов в мокроте
d. Скорость оседания эритроцитов

294 Из показателей инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики невротических расстройств дыхания и обструктивных заболеваний легких особенно характерно:
a. Нарушение фазы реполяризации (по данным ЭКГ)
b. Блокада ножек пучка Гисса
c. Удлинение интервала PQ
d. Уменьшение объема форсированного выхода за 1 секунду (ОФВ1)

295 У больных неврастенией нарушения дыхания чаще проявляются:
a. Нарушением ритма дыхания на фоне выраженных астенических расстройств, головной боли, общей слабости, повышенной утомляемости, болей в области сердца, пониженного настроения, нарушения сна
b. Приступами одышки, икоты, аэрофагии с ощущением «кома» в горле
c. Приступами экспираторной одышки с сухими хрипами в легких, общим беспокойством
d. Стесненным дыханием, сопровождающимся страхом задохнуться, заболеть бронхиальной астмой, оставаться одному

296 О невротическом синдроме нарушения дыхания можно подумать, когда:
a. Одышка усиливается при незначительном физическом напряжении и сопровождается цианозом
b. Приступы одышки наблюдаются в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижне-задних отделах легких
c. Периодически возникают чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценного вдоха, «заслонки» или «клапана» в груди, цианоз и хрипы при выслушивании легких отсутствуют
d. Возникают писпупы эспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии

297 Наиболее частыми нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы при истерическом неврозе являются:
a. Приступы пароксизмальной тахикардии
b. Вегетативные кризы с явлениями синусовой тахикардии и повышением систолического АД

c. Гипертонические кризы с подъемом диастолического АД
d. Гипотонические кризы с обморочным состоянием

298 При нейтроциркуляторной дистонии гипертонического типа невротического происхождения со стороны глазного дна находят:
a. Отсутствие изменений
b. Гипертоническую ангиопатию
c. Отек соска зрительного нерва
d. Единичные геморрагии

299 Наиболее частым нарушением сердечного ритма при неврозах является:
a. Синусовая тахикардия
b. Миграция источника ритма
c. Бигемения
d. Предсердная экстрасистолия

300 Для невротической кардиалгии типично:
a. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в шею
b. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю половину живота
c. Боли в области верхушки сердца, левого соска, прекардиальной области без постоянной фиксации иррадиации
d. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, в левое плечо, в левую челюсть, в 4 и 5 пальцы левой кисти

301 При неврозах рвоты бывают:
a. Произвольные
b. Индуцированные
c. Преимущественно эмоционального генеза
d. Все перечисленные

302 Фактором (особенностью) воспитания, способствующим формированию нервной анорексии является:
a. Властная деспотичная мать
b. Строгий, не терпящий возражений отец
c. Многодетная малообеспеченная семья
d. Уход отца из семьи

303 Для невротической рвоты преимущественно эмоционального генеза (символическая рвота) характерны следующие клинические проявления:
a. Рвота носит характер срыгивания, вегетативные компоненты не выражены
b. Приступы рвоты сопровождаются болями в животе, вздутием, громким урчанием и саливацией
c. Приступ рвоты носит возвратный характер без всяких признаков болезни между приступами
d. Рвота сопровождается выраженными вегетативными реакциями и носит характер истинной рвоты

304 Для невротической рвоты, возникающей по механизму индукции, характерны следующие клинические проявления:
a. Приступы рвоты носят возвратный характер без всяких пизнаков болезни между приступами
b. Приступ рвоты сопровождается болями в животе, вздутием, громким урчанием и

саливацией

c. Рвота сопровождается вегетативными реакциями, выводится большое количество пищевой массы

d. Рвота носит характер срыгивания, вегетативные компоненты не выражены

305 Психогенная полиурия, вызванная эмоциональным стрессом, обусловлена:

a. Уменьшением продукции антидиуретического гормона гипофиза

b. Увеличением продукции адреналина надпочечниками

c. Увеличением продукции норадреналина надпочечниками

d. Увеличением продукции антидиуретического гормона гипофиза

306 Наиболее существенными признаками астенического синдрома являются:

a. Эмоциональная неустойчивость, функциональный паралич, повышенная утомляемость

b. Повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительная слабость

c. Навязчивые сомнения, повышенная утомляемость, раздражительная слабость

d. Раздражительная слабость, функциональный паралич, повышенная утомляемость

307 Термин «Алекситимия» означает:

a. Расстройство способности к вербализации чувств, переживаний (чувства без слов)

b. Расстройство способности чтения, неумение прочесть текст

c. Утрату эмоциональных реакций на все окружающее с мучительным переживанием полной душевной опустошенности

d. Преходящее угнетение настроения без видимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений

308 Для невротической депрессии характерно:

a. Отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения

b. Пессимистическое отношение ограничено зоной конфликтной ситуации, наличие идей самообвинения

c. Выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

309 Для соматизированной (эндогенной) депрессии характерно:

a. Стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, наличие ранних пробуждений

b. Понимание связи своего состояния с переживаниями психотравмирующих обстоятельств, хороший эффект при лечении антидепрессантами

c. Отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью, наличие идей самообвинения

d. Понимание связи своего состояния с переживаниями психотравмирующих обстоятельств, наличие ранних пробуждений, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, стойкость клинических проявлений болезни

310 Алекситимия рассматривается как психологический фактор риска возникновения:

a. Психосоматических расстройств

b. Сексуальных нарущений

c. Нервной анорексии

d. Заикания

311 Синдром нервной анорексии при неврозах включает в себя следующие характеристики:

a. Астению с явлениями раздражитеьной слабости, соматоэндокринные расстройства, кахексию и дисморфофобические переживания

b. Астению с явлениями раздражительной слабости и соматоэндокринные расстройства

c. Астению с явлениями раздражиельной слабости, соматоэндокринные расстройства и кахексию

312 Основными клиническими проявлениями функциональных расстройств верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при неврозах являются:

a. Отрыжка
b. Аэрофагия
c. Срыгивание
d. Все указанные

313 Фобический синдром при неврозах проявляется:

a. Навязчивым переживанием страха и пониманием его необоснованности
b. Навязчивым переживанием страха и стойко сниженным фоном настроения
c. Наличием четкой фабулы страха и отсутствием компонента борьбы

314 Неспособность больных неврозами разрешить конфликт вызвана:

a. Недостаточно высоким интеллектом, действием психологической защиты неосознаванием конфликтующих сил

b. Неадекватностью системы отношений личности, неосознаванием конфликтующих сил, действием психологической защиты

c. Сложностью психотравмирующей ситуации, неадекватностью системы отношений личности, недостаточно высоким интеллектом

d. Действием психологических защит, недостаточно высоким интеллектом, неосознаванием конфликтующих сил

315 В норме на электроэнцефалограмме альфа-ритм

a. Выражен регулярной компонентной
b. Отсутствует
c. Выражен вспышками

316 На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в норме альфа-ритм доминирует:

a. В теменных отделах мозга
b. В затылочных отделах мозга
c. В лобных отделах мозга
d. Во всех указанных отделах мозга

317 В норме на ЭЭГ характер альфа-ритма

a. Пилообразный
b. Аркообразный
c. Пароксизмальный
d. Веретенообразный

318 В норме на ЭЭГ амплитуда альфа-ритма соответствует

a. 30-80 мкв
b. 5 -30 мкв

c. 15-45 мкв
d. 60-100 мкв

319 При неврозах встречаются следующие типы головных болей:
a. Головная боль нервно-сосудистого типа
b. Головная боль нервно-мышечного типа
c. Головная боль типа психалгии
d. Все указанные типы

320 Синдром нервной анорексии чаще встречается при:
a. Шизофрении
b. Маниакально-депрессивном психозе
c. Эпилепсии
d. Олигофрении

321 Основополагающим этиологическим фактором ядерных психопатий является:
a. Перинательная патология
b. Неправильное семейное воспитание
c. Неблагоприятная наследственность
d. Травмы черепа

322 Для психопатий наиболее характерны следующие патологические состояния:
a. Невротизация личности
b. Явления госпитализма
c. Спонтанные колебания аффекта
d. Появление психосоматических симптомов

323 Признаками перехода аддиктивного поведения в стадию наркомании являются:
a. Обнаружение признаков психической и физической зависимости в сочетании с конфликтами с микросоциальным окружением
b. Повышение толерантности
c. Повышение признаков физической и психической зависимости
d. Частая смена психоактивных веществ

324 Астенический синдром при неврозе может проявляться в виде:
d. Гипостенического и гиперстенического синдромов
e. Гипостенического синдрома
f. Гиперстенического синдрома

325 К числу наиболее частых проявлений при истерии относится:
a. Двигательные нарушения
b. Депрессия
c. Большие истерические припадки
d. Соматоформные расстройства

326 В рамках депрессивного синдрома наиболее опасен следующий симптом:
a. Меланхолический раптус
b. Расстройство сна
c. Отсутствие аппетита
d. Запор

327 Основным признаком соматизированного расстройства считается:

a. Длительное снижение настроения
b. Обнаружение злоупотребления лекарствами
c. Наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов
d. Появление панических атак

328 Синонимом психастении является:
a. Навязчивые сомнения
b. Тревожно-мнительная акцентуация личности
c. Фобический раптус
d. Ананкастное расстройство личности

329 Синонимом кардиофобии является:
a. Синдром да Коста
b. Психовегетативный синдром
c. Пролапс митрального клапана
d. Пароксизмальная тахикардия

330 Основным отличием невротического развития от психопатического развития является:
a. Менее выраженные признаки социальной дезадаптации
b. Обратимость расстройств
c. Эго-дистонность
d. Хорошая реакция на проведение психотерапии

331 Кто является автором понятия «характерологическая реакция» и «патохарактерологическая реакция»
a. В. В. Ковалев
b. А. Е. Личко
c. Г. Е. Сухарева
d. К. Леонгард

332 Дайте определение понятия «характерологическая реакция»
a. Есиление черт акцентуации
b. Декомпенсация психопатии
c. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации

333 Дайте определение понятия «патохарактерологическая реакция»
a. Личностная реакция с нарушением социальной адаптации и соматовегетативными расстройствами
b. Делинквентное поведение
c. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
d. Декомпенсация психопатии

334 В настоящее время под общим определением патоморфоза понимают:
a. Изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития и их соотношений
b. Изменение клинических картин болезней, а также изменение соотношения между различными болезнями под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и бытовых условий жизни, новых методов лечения и профилактики

c. Изменение соотношения между различными нозологическими единицами

335 Тип «А», описанный американскими учеными М. Фридманом и Р. Розенманом, подразумевает:

a. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения ишемической болезни сердца

b. Совокупность факторов риска у индивидуума, увеличивающая вероятность возникновения у него психосоматического расстройства

c. Расстройство нейроэндокринной регуляции у индивидуума на фоне эмоционального напряжения, увеличивающее вероятность возникновения гипертонической болезни

d. Поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения язвенной болезни

336 Возможность сравнительно эффективной психотерапии поведенческих нарушений свидетельствует скорее в пользу

a. Исключает диагноз психопатии
b. Акцентуации личности
c. Краевой психопатии
d. Ядерной психопатии

337 Диагноз психопатии исключает

a. Наличие паранойяльного бреда
b. Выраженность симптоматики, достигающей степени психотической
c. Благоприятный прогноз
d. Возможность стабильной социальной адаптации

338 Диагностическим признаком вялотекущей шизофрении является

a. «Крутой перелом» в поведении пациента
b. Внезапное появление депрессии
c. Агрессия на родителей
d. Нарушение концентрации внимания

339 Психастеническая психопатия отличается от тревожно-мнительной акцентуации характера следующим показателем

a. Фиксации навязчивости и фобий
b. Наличием перфекционизма
c. Повышенным уровнем тревожности
d. Отсутствием близких друзей

340 Изолированный симптом аутизма наиболее характерен для

a. Шизофрения
b. Органического аутизма
c. Шизоидной психопатии
d. Невротического развития личности

341 Для достоверного диагноза панического расстройства необходимо наличие прежде всего следующей симптоматики

a. Пульсация сердца или тахикардия
b. Деперсонализация или дереализация
c. В период между атаками состояние должно быть сравнительно спокойным
d. За период около одного месяца возникло несколько тяжелых атак вегетативной тревоги

342 Аффективная разрядка характеризуется

a. Ощущением облегчения, иногда опустошенности, наступающим в результате вызванных аффектом действий

b. Кратковременной и сильной положительной или отрицательной эмоцией, возникшей в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся сомато-вегетативными проявлениями

c. Сниженным настроением в течении большей части дня

343 В основе психастенической психопатии лежит

a. Задержанное развитие
b. Поврежденное развитие
c. Искаженное развитие
d. Неблагоприятная наследственность

344 При вялотекущей шизофрении навязчивисти характеризуются

a. Упрощением двигательного компонента в динамике
b. Выраженным компонентом борьбы
c. Нарастанием интенсивности аффективного сопровождения в динамике
d. Уменьшением интенсивности аффективного сопровождения в динамике

345 Неспособность больных неврозами разрешить конфликт вызвана

a. Сложностью психотравмирующей ситуации
b. Недостаточно высоким интеллектом
c. Несоответствием между «Я» -реальным и «Я» -идеальным
d. Действием психологической защиты

346 Семейная психотерапия является средством психопрофилактики:

a. Аддиктивного поведения
b. Органического заболевания головного мозга
c. Ядерной психопатии
d. Эпилепсии

347 Тест Люшера и тест Сцонди относятся к следующему виду проективной техники:

a. классическая словесная апперцепция
b. проективное предпочтение
c. проективное шкалирование

348 Тест Люшера, опросник САН предназначены для исследования:

a. способностей
b. характера
c. темперамента
d. эмоциональных состояний
e. уровня умственного развития

349 Тест Розенцвейга направлен на исследование:

a. тревожности
b. ригидности
c. агрессивности
d. депрессии
e. интеллекта

350 Аггравация:

a. Умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни

b. Умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде «формальной критики»

c. Умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию

d. Умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом

e. Умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни

351 В современном определении интеллекта основной упор делается на то, что он:

a. Наследуется

b. Представляет собой способность адаптироваться к окружающей среде

c. В основном приобретается

d. Неравномерно распределен у представителей разных рас

352 Гиперкомпенсация – это:

a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям

b. Защитное поведение связанное с имеющейся или мнимой неполноценностью

c. Периодически наступающие кратковременные приступы сонливости

d. Понижение волевой активности с бедностью побуждений, обеднением мышления, снижением двигательной активности

e. Двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений

353 Инстинктивные формы поведения:

a. Запрограммированы от рождения

b. Менее сложны, чем рефлексы

c. Не могут изменяться в результате опыта

d. У человека более многочисленны, чем у других видов

354 Какая из перечисленных черт не является специфической для творческого мышления?

a. Пластичность

b. Надежность

c. Гибкость

d. Оригинальность

355 Какие из понятий относятся к основным видам психических процессов?

a. Ощущение

b. Мотив

c. Воля

d. Характер

e. Воображение

356 Какой из перечисленных внешних факторов играет самую важную роль в интеллектуальном развитии младенца

a. Питание

b. Правильный физический уход

c. Воспитание родной матерью

d. Психическая стимуляция

357 Основными принципами психологии являются:
a. Детерминизм
b. Целостность
c. Единство сознания и деятельности
d. Личностный подход
e. Все ответы верны

358 Присущая человеку социальная структура дает детям возможность:
a. Получать хороший уход
b. Воспринимать социальные и культурные обычаи
c. Усваивать опыт предшествующих поколений
d. Все ответы верны

359 Проявления сексуального поведения у людей:
a. Строго управляется внутренними механизмами
b. Определяются культурой
c. Относительно сходны в различных культурах
d. Мало видоизменяются в многочисленных культурах

360 Психика определяется как:
a. Состояние души
b. Особое свойство высокоорганизованной материи
c. Результат влияния окружающей среды

361 Психика у человека проявляется в следующих видах:
a. Психические свойства личности
b. Психодиагностика
c. Психические состояния
d. Психопрофилактика
e. Психические процессы
f. Психотерапия

362 Сензитивные периоды – это такие периоды развития, во время которых:
a. Научение затруднено
b. Организм достигает зрелости
c. Организм более восприимчив к тому или иному научению
d. Созревание осуществляется быстрее всего

363 Стресс связан:
a. С прогрессирующим истощением резервов организма
b. С неожиданной и острой ситуацией
c. Со способностью каждого идти на риск
d. Все ответы верны

364 Суть проекции заключается:
a. В приписывании другим людям собственных чувств и мыслей
b. Ориентации поведения на доступную цель
c. В отрицании реальных фактов
d. В выборе поведения, противоположного подавленному

365 Теории личностных черт пытаются описывать личность человека на основании:

a. Его физической конституции
b. Тех моделей, которым он подражает
c. Факторов, контролирующих его поступки
d. Ни один из ответов не верен

366 Только женщина (в отличие от самок животных):

a. Знакома с оргазмом
b. Сексуально активна на протяжении всего года
c. Остается сексуально активной в период менопаузы
d. Все ответы верны

367 Человек – единственное существо, способное:

a. Передавать информацию о прошлых и будущих событиях
b. Пользоваться орудиями
c. Жить в сообществах
d. Верны все ответы

368 Что такое идентичность человека?

a. Его уподобление другим людям
b. Чувство самого себя, собственной «самости»
c. Синоним понятия «личность»
d. Синоним понятия «характер»

369 Эдипов комплекс, который имел в виду Фрейд, развивается:

a. На оральной стадии
b. На анальной стадии
c. На фаллической стадии
d. На генитальной стадии

370 Эффективность деятельности, связанной с тем или иным научением, зависит:

a. От состояния сознания
b. От стресса
c. От ситуации, в которой эта деятельность осуществляется
d. Все ответы верны

371 Фобии и компульсии входят в структуру:

a. Онейроидного синдрома
b. Истерического синдрома
c. Кататонического синдрома
d. Обсессивного синдрома
e. Корсаковского синдрома
f. Астенического синдрома

372 «Астеническая триада» включает в себя:

a. Метеозависимость
b. Нарушения сна
c. Снижение аппетита, потеря в весе
d. Суицидальные тенденции
e. Висцеро-вегетативные расстройства
f. Ипохондричность

g. Повышенная психическая и физическая истощаемость
h. Сексуальные расстройства

373 «Защитные» формы поведения (ритуалы) наблюдаются в структуре синдрома:
a. Параноидного
b. Онейроидного
c. Истерического
d. Обсессивно-фобического
e. Астенического

374 Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов
a. Смешанных
b. Простых
c. Сложных

375 Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:
a. Алкогольного делирия
b. Аффективных расстройств
c. Психопатий
d. Шизофрении
e. Деменции

376 Депрессивный ступор встречается при:
a. Невротической депрессии
b. Аффективных расстройствах
c. Патохарактерологических реакциях
d. Расстройствах личности
e. Обсессивно-компульсивных расстройствах

377 Депрессивный ступор наблюдается при:
a. Шизофрении
b. Невротических расстройствах
c. Аффективных расстройствах
d. Алкоголизме
e. Расстройствах личности

378 Для группы невротических синдромов характерно:
a. Выраженное снижение памяти и интеллекта
b. Полиморфные астенические проявления
c. Признаки нарушения сознания
d. Иллюзии, галлюцинации
e. Критическое отношение к болезненным переживаниям
f. Возникновение психогенным путем
g. Начало в связи с соматогениями
h. Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей

379 Истерический синдром характеризуется следующей триадой признаков:
a. Тревожно-мнительные особенности личности
b. Диссоциативные расстройства
c. Конверсионные расстройства
d. Выраженные мнестические нарушения
e. Истероидные особенности личности

f. Нарушения самосознания
g. Дереализационные расстройства
h. Иллюзорно-галлюцинаторные переживания

380 Маниакальный ступор относится к группе аффективных синдромов:
a. Простых
b. Сложных
c. Смешанных

381 Меланхолический раптус – это:
a. Не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного. Обычно возникает при сильных эмоциях
b. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение одних и тех же слов и словосочетаний или движений)
c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
d. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
e. Двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием

382 Назовите синдромы невротического уровня:
a. Истерический
b. Ипохондрический
c. Обсессивно-фобический
d. Параноидный
e. Астенический
f. Психоорганический
g. Нарушения сознания
h. Маниакальный

383 Обсессивный синдром доминирует в клинической картине:
a. Ананкастных расстройств личности
b. Шизофрении
c. Диссоциативныхз расстройств
d. Аффективных расстройств
e. Обсессивно-компульсивных расстройств
f. Алкогольных психозов

384 Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, поиски мнимых заболеваний характеризуют синдром:
a. Обсессивно-фобический
b. Гебефренический
c. Ипохондрический
d. Депрессивный
e. Астенический

385 Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:
a. Моторный
b. Сенсорный
c. Галлюцинаторный
d. Идеаторный

e. Параноидный
f. Аффективный
g. Астенический

386 Боевая психическая травма – это:
a. Потрясающие впечатления, избыточная сенсорная афферентация, страх быть убитым, раненым
b. Боевая психическая патология
c. Патологическое состояние ЦНС, обусловленное повреждающим эффектом боевого стресса
d. Взрывная контузия головного мозга
e. Навязчивые переживания, кошмарные сновидения
f. Психогенное заболевание (реактивное состояние)

387 В клинической картине ПТСР характерны следующие признаки:
a. Ослабление памяти
b. Навязчивые воспоминания о психотравме
c. Галлюцинации
d. Бредовые идеи
e. Повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму
f. Помрачение сознания

388 В основе этиологии ПТСР лежит:
a. Неблагоприятная наследственность
b. Физиогенные и соматогенные факторы
c. Психическая травма
d. Интоксикационные факторы

389 В течение какого времени после перенесенного стрессового события возникает острая реакция на стресс?
a. Через несколько суток
b. Через несколько месяцев
c. Через несколько минут
d. Через несколько часов

390 Какое из приведенных заболеваний можно отнести к «Расстройствам, связанным со стрессом» (МКБ-10)?
a. Тревожное расстройство
b. Расстройство адаптации
c. Неврастения
d. Шизофрения
e. Депрессивный эпизод

391 Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10):
a. Возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
b. Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера
c. Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию

d. Состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами

e. Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет

392 Проявления «Флешбек» характерно для:

a. Шизофрении
b. Расстройств личности
c. Алкоголизма
d. ПТСР
e. Эпилепсии

393 ПТСР отражают последствия:

a. Повторных черепно-мозговых травм
b. Длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками
c. Перенесенных в жизни нейроинфекций
d. Перенесенных в жизни экстремальных ситуаций
e. Неблагоприятных условий воспитания и формирования личности

394 Что является стержневым синдромом ПТСР (посттравматического стрессового расстройства)?

a. Алкогольная зависимость
b. Астения
c. Повторное многократное переживание травмы и ее обстоятельств в виде навязчивых воспоминаний, снов, кошмаров
d. Депрессия
e. Бред

395 Наиболее распространенными психическими расстройствами в условиях чрезвычайных ситуаций являются:

a. Эндогенные психические расстройства
b. Эндогенно-органические психические расстройства
c. Экзогенные психические расстройства
d. Экзогенно-органические психические расстройства
e. Психогенные психические расстройства
f. Расстройства личности
g. Умственная отсталость

396 Основными методами оказания помощи пострадавшим с реакциями боевого стресса являются:

a. Физическое ограничение
b. Предоставление нескольких часов сна и отдыха в сочетании с психокоррекционными мероприятиями
c. Введение литических смесей с хлорпромазином
d. Курсовое лечение транквилизаторами и антидепрессантами
e. Эфирный рауш-наркоз, «кальциевый удар», токи Кауфмана
f. Когнитивно-поведенческая психотерапия, наркогипнотерапия

397 Основными этиопатогенетическими факторами развития психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях являются:

a. Биологические
b. Социально-психологические

c. Профессионально-бытовые
d. Климато-географические
e. Специфические
f. Психотравмирующие
g. Индивидуально-личностные

398 Основу боевой психической патологии в условиях ТВД составляют:
a. Острые реактивные психозы
b. Реактивные депрессии и параноиды
c. Аффективно-шоковые реакции
d. Диссоциативные расстройства
e. Непсихотические стрессовые расстройства
f. Психогенные сумеречные помрачения сознания (псевдодеменции, пуэрилизм)

399 Паническое расстройство (диагностический критерий по МКБ-10):
a. Возникает при обстоятельствах, связанных с объективной угрозой для жизни
b. Возникает в ответ на незначительные психотравмирующие события
c. Возникает на фоне хронической соматической патологии
d. Возникает спонтанно, эпизодически, без видимых причин
e. Возникает при передозировке нейролептиками

400 Представленность психогенных расстройств различного уровня в условиях чрезвычайных ситуаций следующая:
a. Психологический (до 45%), невротический (до 35%), психотический (до 10%)
b. Психологический (до 60%), невротический (до 25%), психотический (до 15%)
c. Психологический (до 80%), невротический (до 20%), психотический (до 5%)

401 При оценке выраженности психогенных расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций выделяют следующие уровни:
a. Психологический (доболезненный)
b. Дезадаптационный
c. Невротический (пограничный)
d. Психотический
e. Реактивный

402 Симптом Ганзера – это:
a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
c. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
d. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несуществующих деталях

403 Соматизированное расстройство (ведущий диагностический критерий по МКБ-10):
a. Наличие множественных соматических симптомов без наличия объективной соматической патологии
b. Активный поиск больным предполагаемого серьезного заболевания

c. Наличие психопатологической симптоматики на фоне реально существующего соматического заболевания

d. Наличие психопатологической симптоматики, возникшей вследствие реально существующего соматического заболевания

e. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унизительной болезни (рак, СПИД и др.)

404 Стресс-провоцированное аддиктивное поведение в условиях боевой обстановки – это:

a. Суицидальный шантаж
b. Членовредительство, дезертирство
c. Ситуационная психическая зависимость в отношении психоактивных веществ
d. Имитация соматоформных и психопатологических симптомов

405 Актуальность проблемы расстройств личности для психиатров обусловлена:

a. Тяжестью течения
b. Широкой распространенностью
c. Сопутствующими соматическими заболеваниями
d. Высоким процентом диагностических ошибок
e. Осложнениями

406 В каком возрасте наиболее ярко проявляются психопатические особенности:

a. В 4-6 лет
b. 6-12 лет
c. 17-19 лет
d. 21-25 лет
e. 30-35 лет
f. 45-50 лет

407 В формировании расстройств личности принимают участие:

a. Биологическая неполноценность нервной системы
b. Педагогическая запущенность
c. Отрицательное воздействие окружающей среды
d. Низкий культурный уровень
e. Перенесенные болезни в зрелом возрасте

408 Группировка расстройств личности по О. Кербикову включает:

a. Ядерные (конституциональные) психопатии
b. Возбудимые
c. Краевые (приобретенные)
d. Органические
e. Паранойяльные
f. Смешанные

409 Интеллектуальный коэффициент при дебильности равен:

a. 10-19
b. 25-34
c. 35-49
d. 50-69
e. 70-89

410 К диагностическим критериям расстройств личности относятся:
a. Острое начало
b. Выраженность патологических черт
c. Исходное состояние
d. Стабильность патологических черт
e. Тотальность дисгармонии психики
f. Прогредиентность течения

411 К клиническим формам умственной отсталости относят:
a. Идиотию
b. Деменцию тотальную
c. Деменцию парциальную
d. Дебильность
e. Травматическое слабоумие
f. Имбецильность

412 Какие расстройства относятся к патологии развития:
a. Шизофрения
b. Травматические психозы
c. Умственная отсталость
d. Алкоголизм
e. Расстройство личности
f. Реактивные состояния

413 Какова величина коэффициента интеллекта (IQ) при легкой степени умственной отсталости (дебильности):
a. 0-19
b. 35-49
c. 50-69
d. 70-79

414 Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с легкой умственной отсталостью:
a. Ограниченно годен к военной службе
b. Годен к военной службе
c. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
d. Не годен к военной службе
e. Временно не годен к военной службе

415 Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с расстройствами личности:
a. Годен к военной службе
b. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
c. Ограниченно годен к военной службе
d. Временно не годен к военной службе
e. Не годен к военной службе

416 Наиболее распространенными клиническими формами расстройств личности:
a. Возбудимая
b. Парафренная
c. Истерическая
d. Смешанная

e. Астеническая
f. Неустойчивая
g. Гебефреническая
h. Импульсивная

417 Основная причина декомпенсации расстройств личности:
a. Перенесенная простуда
b. Употребление алкоголя
c. Смена стереотипа
d. Конфликтная ситуация
e. Повышение нагрузок

418 Основной признак психопатической реакции:
a. Продолжительность
b. Наличие судорог
c. Амнезия
d. Несоответствие ответа силе раздражителя
e. Категоричность
f. Эгоистичность

419 Патология развития включает в себя:
a. Умственное недоразвитие
b. Невротические расстройства
c. Аномалии развития характера
d. Эпилептические изменения личности
e. Патологию личности при алкоголизме Изменения личности при наркоманиях

420 По этиологическому признаку умственная отсталость подразделяется на:
a. Дифференцированную
b. Смешанную
c. Наследственную
d. Недифференцированную
e. Отдельные формы
f. Истинную

421 Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о расстройствах личности:
a. Балинский И. М.
b. Осипов В. П.
c. Ганнушкин П. Б.
d. Снежневский А. В.
e. Кербиков О. В.

422 Стадии динамики расстройств личности:
a. Компенсация
b. Дезадаптация
c. Неустойчивая компенсация
d. Дезинтеграция
e. Ремиссия
f. Декомпенсация

423 Для диагностики невротических расстройств у детей наиболее целесообразно применение

a. MMPI
b. Рисуночных тестов
c. Теста Векслера
d. Семейной социограммы

424 Акцентуация личности

a. Это вариант нормы, отличающийся от гармоничной личности усилением/ослаблением черты или черт, вследствие чего обнаруживается повышенная/пониженная фрустрационная толерантность в отношении определенных стрессовых ситуаций

b. Это патологическое состояние, проявляющееся дисгармоничным складом личности, от которого страдают или сам больной или общество

c. Представляет собой патологическую реакцию невротического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации

d. Это группа расстройств с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимуществнно психогенными факторами

425 Выберите правильное определение акцентуации личности

a. Проявление предболезни
b. Теоретический конструкт
c. Константность личности
d. Вариант нормы с усилением (ослаблением черты) черт

426 Определите позитивные свойства акцентуации личности

a. Выраженная адаптивность
b. Коммуникативные способности
c. Устойчивость к определенным типам стрессов
d. Высокий интеллект

427 К методам предназначенным для исследования уровня интеллекта относится

a. Тест Векслера
b. Тест Спилбергера
c. MMPI
d. Методика Роттера

428 Какая опасность вероятна при назначении транквилизаторов детям?

a. Снижение обучаемости
b. Привыкание и почва для развития наркомании в подростковом возрасте
c. Вероятность дорожно-транспортных происшествий
d. Невозможность корректировать дозировку

429 Основной причиной развития невротической симптоматики у детей является

a. Несоответствие темперамента и типа семейного воспитания
b. Соматическое заболевание
c. Отягощенная наследственность
d. Резидуально-органические нарушения

430 Для детей-невротиков наиболее характерны

a. Резонерство
b. Нарушение памяти

c. Изменение самооценки
d. Гипобулия

431 У ребенка 6 лет страх темноты и одиночества с большой вероятностью отражает
a. Дебют эндогенного заболевания
b. Наличие резидуальных нервно-психических расстройств
c. Наличие пароксизмальных состояний
d. Эмоциональное отвержение со стороны эмоционально значимых взрослых

432 Главная причина невротических расстройств у детей по К. Хорни
a. Наличие психосоматических нарушений
b. Неблагоприятный ранний опыт межличностных отношений
c. Наличие резидуально-органических расстройств
d. Идеаторные нарушения

433 Отличительными особенностями невротической симптоматики у детей младшего школьного возраста являются
a. Рудиментарность симптоматики и ее изменчивость
b. Наличие обманов восприятия
c. Наличие задержки психического развития
d. Наличие нарушений психосексуального развития

434 Аффективно-распираторные судороги чаще встречаются у детей, воспитывающихся по типу
a. Доминирующей гиперпротекции
b. Потворствующей гипопротекции
c. Потворствующей гиперпротекции
d. Доминирующей гипопротекции

435 Родители детей с невротическими рассторойствами обычно характеризуются
a. Ригидностью установок
b. Высокой эмпатией
c. Низким интеллектом
d. Хроническими заболеваниями

436 Воспитанию по типу гиперпротекции чаще подвергаются дети, матери которых характеризуются
a. Эмоциональной холодностью
b. Педантизмом
c. Повышеннной тревожностью
d. Агрессивностью

437 Один из самых главных факторов, влияющих на развитие у детей невротических расстройств
a. Нестрогое соблюдение режима дня
b. Поступление ребенка в школу
c. Конституциональные особенности
d. Неправильное воспитание в семье

438 Воспитание по типу потворствующей гипопротекции характеризуются
a. Некритичным отношением к ребенку в сочетании со слабым контролем

b. Повышенным контролем за ребенком и суровым наказанием
c. Озабоченностью родителей будущим ребенка
d. Завышенным уровнем притязаний к ребенку

439 Воспитание по типу скрытой гипопротекции характеризуется
a. Достаточным вниманием к потребностям ребенка
b. Демонстративностью и формальностью заботы о ребенке
c. Повышенным контроем за ребенком
d. Несправедливыми наказаниями

440 Постоянный жесткий контроль осуществляется за ребенком при воспитании по типу
a. Доминирующей гиперпротекции
b. Скрытой гипопротекции
c. Противоречивого
d. В культе болезни

441 Основным фактором, способствующим воспитанию ребенка в культе болезни является
a. Многодетная семья
b. Наличие у ребенка психического развития
c. Наличие у ребенка хронического заболевания
d. Неполная семья

442 При воспитании ребенка в культе болезни у него развиваются
a. Пониженный уровень притязаний
b. Гипотимия
c. Эмпатия
d. Рентные установки

443 Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции характеризуется
a. Чрезмерной мелочной опекой
b. Некритичным отношением к ребенку
c. Фиксацией родителей на проблеме здоровья ребенка
d. Формальным отношением родителей к потребностям ребенка

444 Воспитание ребенка по типу скрытого эмоционального отвержения характеризуется
a. Подчеркнутой заботой о ребенке
b. Развитием у ребенка рентных установок
c. Безнадзорностью
d. Желанием ребенка постоянно быть в центре внимания

445 Противоречивое воспитание наиболее часто встречается в семьях
a. Многодетных
b. Неполных
c. С разными стилями воспитания у разных членов семьи
d. Алкоголизирующихся

446 Для воспитания ребенка по типу явной гипопротекции характерны
a. Озабоченность родителей будущим ребенка
b. Мелочная опека

c. Некритичное отношение к ребенку
d. Безнадзорность

447 Конверсионная симптоматика характерна для детей больных
a. Эпилепсией
b. Астеническим неврозом
c. Истерическим неврозом
d. Минимальной мозговой дисфункцией

448 Фактором (особенностью) воспитания, способствующим формированию нервной анорексии является
a. Властная деспотичная мать
b. Строгий, не терпящий возражений отец
c. Многодетная малообеспеченная семья
d. Уход отца из семьи

449 Основным отличием невротического развития от психопатического развития является
a. Менее выраженные признаки социальной дезадаптации
b. Обратимость расстройств
c. Эго-дистонность
d. Хорошая реакция на проведение психотерапии

450 Кто является автором понятия «характерологическая реакция» и «патохарактерологическая реакция»
a. К. Леонгард
b. В. В. Ковалев
c. А. Е. Личко
d. Г. Е. Сухарева

451 Дайте определение понятия «характерологическая реакция»
a. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
b. Усиление черт акцентуации
c. Декомпенсация психопатии
d. Проявление психического инфантилизма

452 Дайте определение понятия «патохарактерологическая реакция»
a. Делинквентное поведение
b. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
c. Личностная реакция с нарушением социальной адаптации и соматовегетативными расстройствами
d. Декомпенсация психопатии

453 Дайте определение понятия «реакции отказа»
a. Каприз избалованного ребенка
b. Патохарактерологическая реакция «отказа от притязаний»
c. Отказ от учебы
d. Манкирование родительскими предписаниями

454 Дайте определение понятия «реакция протеста»

a. Сверхценное переживание обиды
b. Делинквентное поведение
c. Манкирование учебой
d. Аноректическое поведение

455 Дайте определение понятия «реакция имитации»
a. Расторможенность сферы влечений
b. Следствие переживаний, связанных с пониженной самооценкой
c. Форма поведения умственно отсталого
d. Сознательное (бессознательное) подражание поведению значимых лиц

456 Дайте определение понятия «реакция эмансипации»
a. Форма аддиктивного поведения
b. Декомпенсация психопатии
c. Поведенческий эквивалент формирующегося самосознания, самооценки, мировоззрения за счет отрицания навязанных извне стандартов
d. Форма делинквентного поведения

457 Дайте определение понятия «реакция группирования со сверстниками»
a. Избрание подростком в качестве объектов для идентификации лиц
b. своего возраста
c. Проявление инстинкта самосохранения
d. Проявление конформизма
e. Форма проведения досуга

458 Психическое расстройство в подростковом возрасте чаще всего проявляется
a. невозможностью выполнять свойственную этому возрасту деятельность, самостоятельно и конструктивно преодолевать кризисы и конфликты, критически оценивать собственные возможности
b. Наличием колебаний настроения, расстройством сна
c. Отсутствием интереса к деятельности, конфликтным отношением к
d. родителям
e. Частыми конфликтами со сверстниками, отсутствием близких друзей

459 Диагноз психопатии исключает
a. Наличие паранойяльного бреда
b. Выраженность симптоматики, достигающей степени психотической
c. Благоприятный прогноз
d. Возможность стабильной социальной адаптации

460 К реакциям пассивного протеста подростка относятся следующее состояние
a. Нервная анорексия
b. Элективный мутизм
c. Политоксикомания
d. Манкирование учебой

461 Изолированный симптом аутизма наиболее характерен для
a. Шизофрении
b. Шизоидной психопатии
c. Органического аутизма
d. Невротического развития личности

462 При диагностике неврозов и ограничении их от сходной патологии должны всегда предусматриваться три основных критерия: (выраженность и своеобразие клинических проявлений (1); структура и особенности личности больного (2); тип патогенной конфликтной ситуации (3); степень внушаемости больного (4); длительность заболевания (5)). Выберите правильное сочетание.

a. 1, 2, 3
b. 2, 3, 4
c. 1, 2, 4
d. 1, 2, 5

463 Клиническая картина невротических нарушений сердечно-сосудистой деятельности представлена в виде трех основных синдромов: кардиологического (1); Вольфа-Паркинсона-Уайта (2); синдрома кардиоспазма (3); нарушения сердечного ритма (4); синдрома сосудистой дистонии (артериальной гипертензии и артериальной гипотонии) (5). Выберите правильное сочетание:

a. 2, 3, 4
b. 1, 2, 4
c. 1, 4, 5
d. 1, 2, 5

464 Классическая триада нервной анорексии включает: отказ от еды (1); булимия (2); депрессия (3); аменорея (4); выраженное похудание (5); нарушение схемы тела (6). Выберите правильное сочетание:

a. 1, 2, 3
b. 1, 4, 5
c. 2, 3, 6
d. 1, 3, 5

465 Конверсионные симптомы отличаются от соматических (органических) тем, что: утрата функции соответствует представлению пациента о том, как работает его тело, а не данным анатомии и физиологии (1); можно доказать, что симптом выполняет некоторую функцию в жизни пациента (2);пациент вырабатывает особое отношение к симптому, обычно отмеченное либо театральностью, либо безразличием (3); симптом подтвержждается структурными (тканевым, органным) дефектом (4) Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3
b. 1, 2, 3, 4
c. 1, 3
d. 2, 4

466 Установите последовательность значимости факторов в этиологии нервной анорексии: неблагоприятная наследственность (1); установки семьи в отношени еды (2); случайные реплики в отношении избытка веса (3); формирование неустойчивой самооценки и неуверенности в себе (4) Выберите правильное сочетание:

a. 1, 3, 4, 2
b. 2, 1, 4, 3
c. 2, 3, 4, 1
d. 1, 2, 3, 4

467 Установите последовательность в диагностике невроза: определение типа невротического конфликта (1); проведение негативной или позитивной диагностики невроза (2); определение психогенеза невроза (3); подбор адекватного метода психотерапии (4) Выберите правильное сочетание:

a. 2, 3, 1, 4
b. 1, 3, 2, 4
c. 3, 4, 1, 2
d. 4, 3, 1, 2

468 Установите последовательность этапов формирования наркоманий: повышение толерантности (1); нарушение поведения (2); физическая и психическая зависимость (3); утрата контроля (4); проявление физических симптомов (5) Выберите правильное сочетание:
a. 5, 1, 4, 3, 2
b. 1, 3, 2, 4, 5
c. 3, 4, 5, 2, 1
d. 2, 1, 4, 3, 5

469 Выберите один основополагающий фактор выделения подросткового периода по Э. Г. Эриксону:
a. Интимность -изоляция
b. Интегративность -безысходность
c. Созидание -чувство неполноценности
d. Автономия -стыд, сомнение

470 Согласно классической психоаналитической теории Фрейда «эдипов комплекс» появляется в возрасте от
a. От 1 года до 3 лет
b. От 3 лет до 5 лет
c. От 5 до 8 лет
d. От 8 до 12 лет

471 Определите, какие поведенческие реакции встречаются в норме у подростков
a. Реакция эмансипации
b. Реакция отказа
c. Реакция имитации
d. Реакция активного протеста

472 Механизмом совладания является:
a. Вытеснение
b. Рационализация
c. Проблемный анализ
d. Фантазирование
e. Соматизация

473 В теории личности К. ЮНГА важным компонентом личности является:
a. Стремление к власти
b. Стремление к самоактуализации
c. Открытость опыту
d. Личное бессознательное /"тень"/
e. Стремление к совершенству

474 Согласно А. Адлеру существенной характеристикой личности является:
a. Чувство общности
b. Ориентация интересов к внешнему /экстраверт/ или внутреннему /интраверт/ миру
c. Органический процесс оценки
d. Защитный панцирь
e. Концепция стадийности психосексуальногоразвития

475 Понятие об интраверсии и экстраверсии в психологию ввел:
a. З. Фрейд
b. А. Адлер
c. К. Юнг
d. Э. Фромм
e. О. Ранк

476 Процесс, посредствомкоторого психологический комплекс идей, желаний, чувств и т. д. заменяется физическим симптомом называется:
a. Смещением
b. Конверсией
c. Вытеснением
d. Овеществлением

478 Согласно психоаналитической теории, тип психической деятельности, присущий бессознательному относится к:
a. Первичным процессам
b. Вторичны мпроцессам
c. Смешанным процессам

479 Метод семантического дифференциалапредставляет собой:
a. Набор цветовых эталонов
b. Батарею стимульных слов
c. Набор зашумленных изображений
d. Перечень полярных шкал
e. Вопросник

480 Первичные процессы, согласно психоаналитической теории, функционируют в системе:
a. Бессознательного и предсознательного
b. Предсознательного и сознательного
c. Бессознательного
d. Сознательного

481 Вторичные процессы, согласно психоаналитической теории, функционируют в системе:
a. Бессознательного
b. Бессознательного и предсознательного
c. Предсознательного и сознательного
d. Сознательного

482 Выберите правильное сочетание последовательности этапов индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: проработка выявленных и осознанных конфликтов и дезаптивных стереотипов мышления, чувств и поведения (1); преодоление зависимости пациента от психотерапевта (2); определение терапевтического запроса и установление контакта (3); выявление сопротивления, защиты и конфликтов (4); коррекция нарушенных отношений и поведения (5)
a. 3, 4, 1, 5, 2
b. 3, 1, 4, 5, 2
c. 3, 5, 2, 1, 4

483 В клиент-центрированной терапии Роджерса психотерапевт в контакте с пациентом проявляет: нейтральную позицию (1); аутентичность – способность быть самим собой (2); эмпатию (3); активное руководство процессом терапии (4); безусловное положительное принятие пациента (5)?

Выберите правильное сочетание:

a. 1, 2, 3
b. 2, 3, 4
c. 2, 3, 5
d. 3, 4, 5

484 Основными методиками рациональной психотерапии являются: интерпритация (1); имплозия (2); убеждение (3); внушение (4); разъяснение (5); сократический диалог (6); научение (7)

a. 1, 2, 3
b. 3, 5, 6
c. 1, 3, 7
d. 2, 3, 5

485 В поведенческой психотерапии психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом стремится: к активному руководству лечебным процессом (1); быть наиболее искренним в выражении своих чувств (2); к использованию приемов поощрения и наказания (3); к обучению пациента самоконтролю (4); быть аутентичным (5)

a. 1, 2, 3
b. 2, 3, 4
c. 1, 3, 4
d. 3, 4, 5

486 Понятиями поведенческого направления психотерапии являются: желательный стереотип поведения (1), запускающий стимул (2), подкрепляющий стимул (3), проекция(4), оценка достижения желательного стереотипа поведения (5). Выберите правильное сочетание.

a. 1, 2, 3, 4
b. 2, 3, 4, 5
c. 1, 2, 3, 5

487 Понятиями поведенческого направления психотерапии являются: подавление (1), желательный стереотип поведения (2), запускающий стимул (3), подкрепляющий стимул (4), катарзис (5).

Выберите правильное сочетание

a. 2, 3, 4
b. 1, 3, 5
c. 2, 4, 5

488 Целью поведенческой психотерапии является: инсайт (1), выработка желательного стереотипа поведения (2), эмоциональное отреагирование (3), освобождение от телесных зажимов (4), угашение нежелательного стереотипа поведения (5). Выберите правильное сочетание

a. 1, 3
b. 2, 5
c. 1, 4

489 Целью поведенческой психотерапии является: эмоциональное отреагирование (1), достижение осознания генеза неадекватного стереотипа поведения(2), угашение нежелательного стереотипа поведения (3), выработка желательного стереотипа поведения (4), освобождение от телесных зажимов (5). Выберите правильное сочетание

a. 3, 4
b. 1, 2
c. 2, 5

490 К методам поведенческой психотерапии относятся: методика контроля стимула (1), систематическая десенситизация (2), методика обмена ролями (3), методика двойника или «второго Я» (4), методика вызванного гнева (5). Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3
b. 3, 4, 5
c. 1, 2, 5

491 К методам поведенческой терапии относятся: систематическая десенситизация (1), имплозия (2), монолог (3), психодраматическое зеркало (4), методика контроля стимула (5). Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 5
b. 1, 2, 3
c. 3, 4, 5

492 К методам редукции поведения в поведенческой психотерапии относятся: угашение (отказ в подкреплении) (1); удаление запускающего (дискриминантного) стимула (2); наказание (3); методика обмена ролями (4); оценка ответа (пенальти) (5). Выберите правильное сочетание

a. 2, 3, 4, 5
b. 1, 2, 3, 5
c. 1, 2, 3, 4

493 К методам, усиливающим поведение в поведенческой психотерапии, относятся: позитивное подкрепление (1); негативное подкрепление (2); методика «пустого стула» (3); моделирование (4); манипулирующее
подкрепление («жетонная система») (5)

a. 1, 2, 4, 5
b. 1, 2, 3, 4
c. 2, 3, 4, 5

494 Иррациональные установки в системе рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса имеют следующие характеристики: неосознаваемы (1); носят вероятностный характер (2); сверхгенерализированы (3); имеют характер предписания (4); связаны с длоительными или неадекватными ситуациям эмоциями (5). Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 3, 4
b. 3, 4, 5
c. 1, 3, 4, 5

495 Рациональные установки в системе рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса имеют следующие характеристики: легко осознаваемы (1); сверхгенерализованы (2); носят

характер пожелания определенного развития событий (3); связаны с неадекватными ситуациям эмоциями (4); пластичные дегко перестраиваемые (5). Выберите правильное сочетание

a. 1, 3, 5
b. 1, 2, 3
c. 2, 3, 4

496 Установите правильную последовательность этапов прививочно-стрессового тренинга навыков преодоления: ознакомление с принципами терапии (1); подготовка к стрессору (2); оценка и подкрепление результата (3); встреча и взаимодействие со стрессором (4); репетирование навыков преодоления в различных ситуациях (5); закрепление навыков преодоления(6); преодоление возможности оказаться ошеломленным (7). Выберите правильное сочетание

a. 1, 4, 2, 3, 7, 6, 5
b. 1, 2, 4, 7, 3, 5, 6
c. 2, 1, 3, 7, 4, 5, 6

497 Установите правильную последовательность проведения систематической десенситизации: систематическая десенситизация in vivo (1);освоение техники прогрессивной мышечной релаксации (2); составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (3); систематическая десенситизация в воображении (4); установление контакта с пациентом, определение цели терапии (5);

Выберите правильное сочетание

a. 5, 1, 2, 4, 3
b. 5, 2, 3, 4, 1
c. 5, 3, 4, 2, 1

498 Установите правильную последовательность этапов при проведении техники наводнения: установление контакта и цели терапии (1); обоснование принципов терапии (2); погружение в реальную ситуацию (3); повторные погружения в реальную ситуацию в соответствии с программой (4); ознакомление с скрытыми уходами при тренинге (5); закрепление позитивных стереотипов поведения (6) Выберите правильное сочетание

a. 1, 2, 5, 3, 4, 6
b. 1, 5, 2, 4, 3, 6
c. 1, 2, 3, 4, 6, 5

499 Когнитивные направления психотерапии разделяют следующие положения: мысли, установки имеют важное значение в проблеме пациента (1); мысли, установки можно рассматривать как акты внутренней речи (2); мысли, установки могут быть изменены (3); цель терапии -реконструкции неправильных мыслей, установок (4); цель терапии -выяснение генеза ложных мыслей, установок (5) Выберите правильное сочетание

a. 1, 4, 3, 2
b. 2, 3, 4, 5
c. 1, 2, 3, 4

500 Установите последовательность применения сконструированных терапевтических метафор (историй) по типу так называемой «спирали

М. Эриксона»: окончание первой истории (1); начало второй истории (2);

рассказ основной истории (3); начало первой истории (4); окончание второй истории (5) Выберите праильное сочетание

a. 4, 2, 3, 5, 1
b. 4, 1, 2, 5, 3

c. 3, 4, 2, 5, 1

501 Вегетативные кризы при неврозах симпатикоадреналовой направленности включают следующие симптомы: неприятные ощущения в области сердца с учащением частоты сердечных сокращений (1); неприятные ощущения в эпигастральной области, усиление перистальтики (2); сухость во рту (4); гиперемия кожных покровов (5); повышение артериального давления (6); полиурия (7). Выберите правильное сочетание:

a. 1, 2, 3, 4
b. 3, 4
c. 1, 3, 5, 7
d. 3, 4, 7

502 Вегетативные кризы при неврозах вагоинсулярной направленности включают следующие симптомы: понижение артериального давления (1);чувство давления в области грудной клетки с ощущением «перебоев» в работе сердца (2); учащение частоты сердечных сокращений (3); усиление перистальтики, тошнота, повышенное слюноотделение (4); сухость во рту (5); бледность кожных покровов, озноб (6); гиперемия кожных покровов, ощущение жара (7)

a. 1, 2, 4, 7
b. 1, 3, 5, 6
c. 3, 5, 7
d. 5, 1, 3, 6

503 В каком возрасте наиболее часто развиваются депрессивные состояния?

a. В возрасте до 20 лет
b. В возрасте от 20 до 50 лет
c. В возрасте от 50 до 60 лет
d. В возрасте от 60 до 70 лет
e. В возрасте старше 70 лет

504 Виды суицидальных действий:

a. Членовредительство
b. Суицид
c. Суицидальная попытка (истинная)
d. Суицидальная попытка (демонстративно-шантажная)
e. Самоповреждения

505 Возникновение реактивной депрессии:

a. Является признаком маниакально-депрессивного психоза
b. Связано с психической травмой
c. Обусловлено появлением слуховых галлюцинаций
d. Связано с наличием сенсорных автоматизмов
e. Не связано с воздействием внешних факторов

506 Господствующая теория суицида:

a. Анатомо-антропологическая
b. Психопатологическая
c. Социологическая
d. Социально-психологической дезадаптации
e. Клиническая

507 Имеется ли разница в частоте возникновения депрессивных состояний в зависимости от пола?

a. У мужчин депрессии бывают в 2-3 раза чаще, чем у женщин
b. У женщин депрессии бывают в 2-3 раза чаще, чем у мужчин
c. У мужчин депрессии бывают в 5-6 раз чаще, чем у женщин
d. У женщин депрессии возникают также часто, как и у мужчин

508 Имеется ли строго определенная зависимость риска возникновения депрессивных состояний от преморбидных личностных факторов?

a. Депрессии чаще возникают при наличии тревожно-мнительных черт
b. Депрессии чаще возникают при наличии шизоидных черт
c. Депрессии чаще возникают при наличии эпилептоидных черт
d. Депрессии чаще возникают при наличии мозаичной личностной структуры
e. Депрессии могут возникать при любых особенностях личностной структуры

509 Как подразделяются депрессивные эпизоды в соответствии с МКБ-10?

a. Имеющие непрерывное или прерывистое течение
b. Текущие больше 2-х, 6-ти или 12-ти месяцев
c. Имеющие эндогенную или экзогенную природу
d. Легкие, умеренные или тяжелые
e. В МКБ-10 отсутствует подразделение депрессивных эпизодов

510 Какие категории психически больных чаще совершают суициды:

a. Депрессивные
b. Маниакальные
c. Параноидные
d. Паранойяльные
e. Галлюцинаторно-параноидные
f. Слабоумные
g. С истерическими психозами

511 Какое значение имеет семейное положение с точки зрения повышения риска развития депрессивных состояний:

a. Депрессии чаще возникают у лиц, состоящих в браке
b. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих тесных межличностных связей
c. Депрессии чаще возникают у лиц, продолжающих во взрослом состоянии проживать совместно с родителями
d. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих детей
e. Семейное положение и межличностные связи никак не влияют на риск развития депрессий

512 Какой диагностический критерий по МКБ-10 соответствует понятию маниакально-депрессивного психоза:

a. Депрессивный эпизод
b. Дистимия
c. Биполярное аффективное расстройство
d. Циклотимия
e. Тревожное расстройство

513 Основную часть лиц, совершающих суициды, составляют:

a. Дети
b. Молодежь

c. Лица среднего возраста
d. Пожилые люди
e. Соматически больные
f. Психически больные

514 Основные способы самоубийства:
a. Падение с высоты
b. Самоповешение
c. Утопление
d. Отравление
e. Огнестрельное ранение
f. Наезд транспорта

515 Основы положения социально-психологической концепции суицида:
a. Диагностические категории суицидентов
b. Признаки социально-психологической дезадаптации
c. Сопутствующие соматические заболевания
d. Наследственная отягощенность
e. Предыдущие суицидальные высказывания

516 Психическое заболевание, при котором отмечается периодическое возникновение только депрессивных состояний:
a. Рекуррентное депрессивное расстройство
b. Биполярное аффективное расстройство
c. Истерический невроз
d. Дистимия
e. Психастения

517 Самоубийство проблема преимущественно:
a. Социальная
b. Экономическая
c. Правовая
d. Медицинская
e. Педагогическая

518 Суициды наиболее часты:
a. У мужчин в сравнении с женщинами
b. У холостых
c. У атеистов по сравнению с верующими
d. Все перечисленное
e. Ни одно из перечисленных

519 Уровень самоубийств рассчитывается:
a. На 100 человек населения
b. На 1000
c. На 10 000
d. На 100 000
e. На 1000 000

520 Циклотимия – это:
a. Вид невроза
b. Вид аффективного расстройства

c. Психотическая форма МДП
d. Динамика циклоидной психопатии
e. Вид маскированной депрессии

521 Частота суицидов, признанная ВОЗ как критическая в отношении психического здоровья населения:
a. 20 случаев в год на 100000 населения
b. 150 случаев на 100000
c. 5 случаев на 100000
d. 200 и более случаев на 100000
e. 50 и более случаев на 100000

522 Что выходит на первый план в клиническом состоянии больных с так называемыми «маскированными депрессиями»?
a. Нарушения мимики и пантомимики
b. Пониженное настроение
c. Интеллектуально-мнестические нарушения
d. Изменения личности
e. Сомато-вегетативные функциональные расстройства

523 Что отличает дистимию от рекуррентного депрессивного расстройства?
a. Причина возникновения
b. Наличие очерченных депрессивных эпизодов
c. Особенности преморбидных личностных черт
d. Возраст больного, в котором впервые появилось заболевание
e. Дистимия и рекуррентное депрессивное расстройство не имеют принципиальных отличий

524 Что помимо пониженного настроения является характерным симптомом астенической депрессии?
a. Чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости
b. Нарушения со стороны двигательной сферы
c. Измененность восприятия окружающего
d. Чувство бессилия и безволия
e. При астенической депрессии отсутствуют другие характерные симптомы помимо пониженного настроения

525 Что помимо пониженного настроения является характерным симптомом ипохондрической депрессии?
a. Нарушения памяти и внимания
b. Чувство повышенной утомляемости
c. Наличие чувства необъяснимой тревоги
d. Наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья
e. При ипохондрической депрессии отсутствуют другие характерные симптомы помимо пониженного настроения

526 Что представляет основную угрозу жизни больного при депрессивных состояниях?
a. Резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии
b. Самоповреждения и убийства
c. Стойкие запоры
d. Упорные нарушения сна

e. Для депрессии не характерно наличие симптомов, внушающих опасение за жизнь больного

527 Что является основанием для определения депрессии как вторичной?

f. Наличие психотравмирующей ситуации
g. Наличие депрессии у кого-либо из родственников
h. Наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния
i. Появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием
j. Появление депрессии в связи с угрожающим жизни событием

528 Кто из пограничных больных чаще совершают суициды:

a. Хронические алкоголики
b. Невротики
c. Психопаты
d. С реактивными состояниями
e. С нервно-психической неустойчивостью
f. С психосоматическими расстройствами

529 Биполярное аффективное расстройство I типа характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

a. наличием маниакальных и депрессивных эпизодов в равном количественном соотношении; диагноз может быть поставлен на основании обязательного присутствия обоих вариантов эпизодов на протяжении расстройства

b. наличием гипоманиакальных и субдепрессивных эпизодов вне зависимости от их количества; диагноз может быть поставлен на основании наличия хотя бы одного гипоманиакального и субдепрессивного эпизодов на протяжении расстройства

c. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени

d. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений, и одного гипоманиакального эпизода

e. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

530 Биполярное аффективное расстройство II типа характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

a. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени

b. наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; в анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды

c. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе отмечался как минимум один маниакальный эпизод

d. наличием стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух месяцев или более, включающего многочисленные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени

e. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

531 Циклотимическое расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

a. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; гипоманиакальная симптоматика может быть, но не обязательно, достаточно выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать требованиям для определения гипоманиакального эпизода, но развернутые маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе отсутствуют; депрессивная симптоматика никогда не бывает настолько выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода

b. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды

c. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере пяти лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; гипоманиакальная симптоматика может быть, но не обязательно, достаточно выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать требованиям для определения гипоманиакального эпизода, но развернутые маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе отсутствуют; депрессивная симптоматика никогда не бывает настолько выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода

d. наличием хронического стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух недель или более, включающего маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; маниакальные и депрессивные симптомы оказывают существенное влияние на качество жизни пациента, формируя состояние дистресса

e. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

532 Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

a. наличием одного или нескольких с течением времени депрессивных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного депрессивного или смешанного эпизода

b. наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды

c. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени

d. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в

анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства

e. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

533 Установите последовательность смены стадий психосексуального развития по З. Фрейду: анальная (1); генитальная (2); латентная (3); оральная (4);фаллическая (5). выберите правильное сочетание

a. 4, 1, 5, 3, 2
b. 3, 1, 2, 5, 4
c. 4, 5, 2, 1, 3
d. 4, 2, 1, 3, 5

534 Установите правильный порядок смены основополагающих факторов развития детей младшего возраста по Э. Г. Эриксону: инициатива -чувство вины (1); автономия -стыд, сомнение (2); созидание -чувство неполноценности (3); доверие-недоверие (4) Выберите правильное сочетание

a. 4, 2, 1, 3
b. 2, 1, 4, 3
c. 4, 1, 3, 2
d. 3, 2, 1, 4

535 Установите последовательность фаз развития ребенка с точки зрения психоаналитической теории: латентная (1); анальная (2); оральная (3); фаллическая (4) Выберите правильное сочетание

a. 3, 2, 4, 1
b. 3, 2, 1, 4
c. 2, 3, 4, 1
d. 1, 2, 3, 4

536 Определите оптимальную последовательность проведения психопрофилактических мероприятий при расстройствах поведения у подростков: семейная психотерапия (1); индивидуальная психотерапия (2);групповая психотерапия (3); назначение корректоров поведения (4). Выберите правильное сочетание

a. 1, 3, 4, 2
b. 1, 2, 3, 4
c. 1, 2, 4, 3
d. 3, 2, 1, 4

537 Мальчик 5, 5 лет, выполняя задание по методике «рисунок семьи», не нарисовал себе рот, тогда как у других членов семьи изобразил все части лица. Это может свидетельствовать

a. Об экстрапунитивности
b. О нарушении в сфере общения
c. Об эпилептоидных чертах характера
d. Об истерических чертах личности

538 Мальчик 8 лет, рисуя человека, отказался рисовать нижнюю часть тела. Это может быть связано с

a. Повышенной агрессивностью

b. Повышенной самооценкой
c. Повышенным интересом к сексуальным проблемам
d. Трудностями коммуникаций

539 Мальчик 10 лет изобразил себя на рисунке семьи уменьшенной копией отца. Это может говорить о
a. Хорошем эмоциональном контакте с отцом
b. Скрытой агрессией на отца
c. Нарушениях полоролевой идентификации
d. Конкурентных отношениях с отцом

540 Девочка 11 лет, рисуя семью, изобразила 3-х летнего брата на другой стороне листа, объяснив, что «на этой он не поместился». Это позволяет предположить
a. У девочки есть проблемы комуникации
b. Конкурентные отношения с братом
c. У обследуемой повышенный уровень тревоги
d. У пациентки завышенная самооценка

541 Девочка 12, 5 лет. Воспитывалась по типу гиперпротекции. Несмотря на хорошие успехи в школе, мать считала ее «упрямой и ленивой». В начале 8 класса девочка получила несколько троек. Мать наказала ее. Обзывала. В ответ на это дочь стала грубой, перестала вообще делать уроки, объясняя свое поведение «все равно я дура», отказалась носить пальто, которое мать ей купила. Определите тип подростковой поведенческой реакции
a. Реакция оппозиции
b. Отрицательная реакция имитации
c. Реакция компенсации
d. Реакция имитации

542 Мальчик 12 лет. Консультирован психотерапевтом в связи с жалобами на неуправляемость. Неоднократно брал дома деньги, в школе грубит учителям, отнимает карманные деньги у младших. Пытался угнать мотоцикл. Квалифицируйте состояние ребенка
a. Реактивное состояние
b. Дебют шизофрении
c. Делинквентное поведение
d. Истерический невроз

543 Подросток 14 лет. Рос в атмосфере чрезмерной опеки со стороны матери и бабушки. Особо озабочен соблюдением режима дня. По характеру мнительный, тревожный, очень переживает, когда мать задерживается на работе. Испытывает трудности в сложных ситуациях при необходимости сделать выбор, принять решение. Определите тип акцентуации характера
a. Психастенический
b. Лабильный
c. Сенситивный
d. Шизоидный

544 На приеме женщина сидела, опустив голову, наклонив туловище вперед и обхватив себя руками. Психотерапевт слушал ее, также наклонился вперед, обхватил себя руками. Спустя какое-то время, он начал менять позу на открытую и женщина стала делать то же самое. Что сделал психотерапевт?

a. Устал сидеть прямо
b. Применил прием «мимезиса»
c. Вслушивался
d. Защищался от поступающей информации

545 У пациентки возник симптом трихофилломании после смерти любимого деда. Основополагающим этиологическим фактором является
a. Нормативный стрессор
b. Ролевой конфликт
c. Нарушение границ
d. Системная травма

546 У 13 летнего подростка появилось пристрастие к игровым автоматам, резкое снижение успеваемости, безразличное отношение к окружающему. Наиболее вероятно предположить возникновение
a. Нарушение поведения
b. Депрессии
c. Эндогенного расстройства
d. Оппозиционного отношения к школе

547 Ребенок 11 лет. Обнаружен конфликт в школе, снижение успеваемости. Немотивированные уходы из дома и бродяжничество, возникающие спонтанно. Наиболее вероятно предположить возникновение
a. Эндогенного расстройства
b. Психопатии
c. Нарушения поведения
d. Школьной дезадаптации

548 У пациентки 17 лет, приехавшей из периферийного города и поступившей в престижный ВУЗ возник на первом курсе невротический синдром нарушения акта глотания. Основополагающим этиологическим фактором является конфликт, связанный с
a. Отсутствием в семье отца
b. Симбиотической связью с матерью
c. Перфекционистскими установками пациентки
d. Частыми ангинами в детстве

549 Мальчик 13 лет. Рос активным, подвижным. Настроение обычно было хорошим. Учился неровно. Общителен, но близких друзей нет. В шестом классе получил «двойку» по нескольким предметам за 1 полугодие из-за прогулов. Не был огорчен этим, считая, что «быстро все исправит». Прогулы объяснял поисками заработка, с увлечением рассказывал о своих знакомых, которые «помогут в бизнесе». Определите тип акцентации характера
a. Гипертимный
b. Эпилептоидный
c. Лабильный
d. Шизоидный

550 Психотерапевт внешне выглядит большим мужчиной, говорит громким голосом, часто смеется, принимая женщину, которая говорила очень тихим голосом, медленно, сопровождая слова слезами. Он начал говорить тихо, медленно, не использовал шуток и не смеялся. Что означало такое поведение психотерапевта?
a. Устал на приеме

b. Давал возможность женщине высказаться
c. Переживал негативный контр-перенос
d. Применил прием присоединения по просадическим характеристикам речи

551 Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговорами, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, они могут продолжить так до конца занятия. Психотерапевт говорит, что их разговор о политике может содержать что-то общее с интересом к взаимным отношениям -к «политике» внутри группы. Какой тип вмешательства использовал психотерапевт?
a. Разъяснение, интерпретация
b. Конфронтация
c. Эмоциональная поддержка
d. Непрямое руководство

552 Первая беседа с пациентом, страдающим неврозом, мужчина 32 лет высказывает жалобы на неустойчивость настроения, расстройство засыпания, трудности в принятии решения относительно перехода на новую работу. Больным себя считает около 6 месяцев. Какую лечебную стратегию из периечисленных выберете?
a. Психотропные препараты
b. Поведенческая психотерапия
c. Когнитивная психотерапия
d. Гипнотерапия

553 Первая встреча с пациенткой, страдающей неврозом, женщина 37 лет, домохозяйкка, жалуется на постоянные угнетающие боли в спине в течение года. Боли появились с возникновением конфликтных отношений в семье, с мужем и его родителями. исследование не выявило органического происхождения боли. Муж отказался участвовать в психотерапии. Какую лечебную стратегию выберите?
a. Психотропные препараты
b. Поведенческая психотерапия
c. Трансактный анализ
d. Гипнотерапия

554 В ходе комплексного лечения (психотерапия и психофармакотерапия) пациент, мужчина 23 лет, страдающий неврастенией, на очередной встрече с психотерапевтом (мужчина 50 лет) заявил с раздражением о своем недовольстве лечением и психотерапевтом, о том, что тот относится к нему безразлично, холодно и подавляет его. Какой тип поведения психотерапевта наиболее продуктивен для продолжения психотерапии?
a. Предложение рассказать о подобных чувствах по отношению к другим людям из его жизни
b. Перевод разговора на другую тему
c. Обвинение пациента в том, что он пассивен и ничего не делает сам для успеха лечения
d. Объяснение необоснованности его чувств, несправедливости такого отношения к психотерапевту

555 Пациент с неврозом и сопутствующим органическим поражением ЦНС прервал личностноориентированную (реконструктивную) психотерапию после 3-го сеанса. Наиболее вероятные причины
a. Слабое присоединение к пациенту
b. Низкая мотивация на лечение
c. Условная приятность симптоматики

d. Интенсивность и характер психотерапии не соответствовали возможностям пациента

556 Больной 25 лет обратился к психотерапевту по поводу экзгибиционизма. Какой метод поведенческой терапии вы предпочли бы использовать?

a. Методику контроля стимула
b. Имплозивные техники
c. Аверзивные методики
d. Систематическую десенситизацию

557 На приеме мать приводит следующие жалобы: «Моей дочери 6 лет, она с 2 лет находится в обществе детей, но все равно очень робкая, несмелая, застенчивая. На занятиях активности не проявляет. А на физкультуре сбивает всех с ритма, если ей предлагают вести колонну детей. От сверстников старается держаться подальше». Какой метод может быть предложен для решения поблем?

a. Игровая психотерапия
b. Групповая психотерапия
c. Психоанализ
d. Гипноз

558 У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом При ларинго -и бронхоскопии органической патологии не выявлено. Можно предположить

a. Невротический ларингоспазм
b. Инородное тело в бронхе
c. Опухоль в сфере дыхательных путей
d. Бронхиальную астму

559 24 летний мужчина в течение месяца отмечает раздражительность, пониженное настроение, мысли о неприятностях на работе, головные боли, плохое засыпание. Появлению расстройства предшествовал конфликт на работе. Был ранее здоров. Данные исследования не выявили органических нарушений, отсутствует внутриличностный конфликт, какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

a. Неврастения
b. Депрессивная фаза МДП
c. Невротическая реакция
d. Депрессивный невроз

560 Подросток 15 лет много лет безуспешно лечится по поводу энуреза. Какие дополнительные методы исследования должен назначить психотерапевт, учитывая, что и отец ребенка страдал этим заболеванием?

a. Электроэнцефалографию
b. Компьютерную томографию
c. Рентгенографию позвоночника
d. Люмбальную пункцию

561 Противопоказанием к применению гипнотерапии является

a. Синдром Кандинского-Клерамбо
b. Сексуальные девиации у подростков
c. Экстрасистолия
d. Амавроз

562 Показанием к применению гипнотерапии является
a. Наличие у пациента «рентной» установки
b. Острый инфаркт миокарда
c. Бронхиальная астма
d. Бред отношения

563 Аффективно-респираторные приступы, как правило, являются проявлением:
a. Фобической симптоматики
b. Невроза страха
c. Примитивного истерического припадка
d. Двигательного невроза

564 В настоящее время под общим определением патоморфоза понимают:
a. Изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития и их соотношений
b. Изменение клинических картин болезней, а также изменение соотношения между различными болезнями под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и бытовых условий жизни, новых методов лечения и профилактики
Изменение соотношения между различными нозологическими единицам

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5)

Раздел 4

1. Пациент 36 лет пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 -летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся

на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1, 5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность -справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной

работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошённостью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «…нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД -125/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингиальных, патологических знаков нет.

Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки

указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

3. Больной 57 лет. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Третья из четырёх детей («единственная любимая дочь»). Роды и беременность у матери без патологии. Раннее развитие без особенностей, в соответствии с возрастом. Проживала с семьёй в селе. Особенно была любима отцом, была к нему «очень привязана». Глубоко и длительно переживала его болезнь и в последующем смерть. Мать умерла в старческом возрасте. В школу пошла с 8 лет, училась посредственно, с трудом осваивала точные науки, предпочитала «любимые» предметы -биологию, историю. Среди сверстников к лидерству не стремилась, но старалась обратить на себя их внимание, всегда «желала быть в числе лучших», недостаточно хорошую успеваемость компенсировала активным участием в жизни школы: в художественной самодеятельности, спортивных мероприятиях. Охотно помогала сельчанам по хозяйству. После окончания 10 классов поступила в кооперативный техникум, затем 18 лет проработала товароведом. С 1986 по 2004 годы работала начальником автостанции в п. О. Замужем с 1968 года, от брака имеет двух детей. Муж умер от инфаркта миокарда в 1997 году. Климактерические явления (вегетативные расстройства, «приливы» с невыраженной тревожностью, нарушениями засыпания) с 43 летнего возраста после аборта, в течение 2 лет. В 1999 году оперирована по поводу желчно-каменной болезни. С 55 летнего возраста на пенсии, но продолжала работать заведующей автостанцией.

Началом заболевания считает 10 марта 2004 года, когда, придя на работу, неожиданно узнала о том, что автостанция продана частному предпринимателю, который предложил ей написать заявление об увольнении. Тяжело переживала случившееся: снизилось настроение, возникло «ощущение тяжёлой потери, безысходности будущего», к концу дня нарастала тревожность, плохо спала, ела «в силу необходимости». В этот же день стала звонить начальству, выяснять законность данной ситуации. 11 марта была госпитализирована «скорой помощью» с подозрением на инфаркт миокарда. 10 дней находилась на стационарном обследовании и лечении, но диагноз инфаркта не подтвердился. За это время похудела на 4 кг, при этом ела избирательно: предпочтение отдавала сладкому чаю, либо конфетам. Плохо спала ночью, заснуть мешали постоянные мысли о случившемся, часто видела сны о работе. Продолжала, находясь в стационаре, писать жалобы в вышестоящие инстанции. Охотно общалась с навещающими её коллегами. При этом просила врача пропускать их в палату, беседовала с ними всегда лёжа в постели, обращая внимание на «выраженную слабость» в ногах. Периодически на два-три часа, особенно после составления очередной жалобы, где обращала внимание на «несправедливость» решения о закрытии автостанции, не могла ходить – «ноги отказывали». Была проконсультирована психиатром, после выписки из стационара находилась у него на амбулаторном наблюдении, получала лечение сонапаксом, реланиумом, но улучшения не чувствовала. Было рекомендовано стационарное лечение в психиатрической больнице. Направлена районным психиатром.

Психический статус: расположена к беседе. Ориентирована верно в месте, времени и собственной личности. Охотно отвечает на вопросы. Выражение лица печальное, эмоциональные реакции подвижные, выразительные, при повествовании о ситуации увольнения на глазах выступают слёзы. Настроение снижено, фиксирована на обстоятельствах увольнения: «…даже не предупредили, пришла на работу, как обычно, и сказали писать заявление на увольнение. Я отдала обустройству автостанции 18 лет, она считалась лучшей в области, вся украшена цветами, даже свадебные кортежи фотографировались на её фоне… и теперь в один миг всё рухнуло». В тоже время в беседе на темы не связанные с увольнением становится более жизнерадостной, откликаема на шутки. Довольно заметно позитивное эмоциональное оживление, особенно при затрагивании темы её заслуг и похвалы за годы работы со стороны начальства. Мышление в замедленном темпе, присутствуют признаки инертности, тугоподвижности. Доступна абстрактная трактовка распространённых метафор и

пословиц. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает, обманов восприятия не обнаруживается.

Соматический статус: кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 70 ударов в мин., ритмичный. АД-120/75 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации, слегка увеличен в объёме. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы одинаковые с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингиальных знаков не выявлено. Заключения специалистов. Терапевт: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. СНо. Невролог: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. Астено-депрессивный синдром. Гинеколог: органической патологии нет.

Окулист: глазное дно – ангиопатия сетчатки РЭГ – пульсовое кровенаполнение незначительно снижено во всех сосудистых бассейнах. Асимметрии нет. Кривая РЭГ атеросклеротического типа с признаками повышения тонуса, в основном микроциркуляторного русла. Венозный отток несколько затруднён во всех сосудистых бассейнах

Для полноты характеристики состояния больной представляем один из методов диагностики, используемый и с целью психотерапии «Автобиография», написанная пациенткой по заданию врача (без грамматических исправлений и корректировки).

«Автобиография Я, …. . родилась…… 1946 года в селе ……. О-й области. Домашний адрес ……. Образование средне-специальное «товаровед продовольственной и промтоварной группы». Семейное положение: вдова. На пенсии по возрасту. Нахожусь в отделении с 06. 04. 04 г. первая госпитализация в данной больнице. Родственники не наблюдались у психиатора, алкоголиков нет. Беременность и роды у матери не знаю как протекали, ребенком в семье была желанным т к были до меня три сына. Мама меня кормила грудью до 3х лет. Ходить начала в 11 мес, говорить с 2х лет, пищевой аллергии не было. Признаки тревожности в отсутствии посторонних лиц были я очень боялась быть одна в доме. При отсутствии матери я всегда очень тосковала. Родители мне предовали большое значение. У меня рано в моем детстве заболел папа и я всегда переживала за него. В раннем детстве по характеру я была активной девочкой. По какому-то поводу я и беспокоилась, но и стеснялась взрослых, упрямой пугливой не была. Любила играть с другими детьми на улице в лапту, принимала активные роли. Отношения с окружающими и родными людьми были дружественными. У меня было 10 подружек, одна из них была самая близкая. Лидера в нашей компании не было, но больше как-то были и шли ко мне, коллективные игры у нас были с детства.

Друзья у меня всегда были и есть характер у меня открытый менее сообразительный, любящий быть в центре внимания. Закончила я школу потом училась в кооперативном техникуме я любила торговать мне нравилось Но в связи с тем чтобы быть побольше дома и заниматься воспитанием детей я сменила свою профессию проработав 20 лет в торговле, я перешла работать на Автостанцию – 18 лет я руководитель этой организации. У меня автостанция была самая красивая в области, я выростила там много цветов это был зимний денрарий Проезжающим пассажирам это все нравилось я, кто бы не попросил давала отростки цветов. Были редкосные цветы. Пальма выросла под потолок ей было 18 лет, когда в селе свадьбы, то приезжали фотографироваться к нам на А/ст, а теперь мой многолетний труд рухнул в бездну никому это не надо, даже не предупредили, что продадут мою а/станцию.

Детей я выростила сын – сотрудник МВД кондидат юредических наук, работает при УВД, дочь – судебным приставом, а вот а/станцию мою продали, мое сердечко этого не выдерживает я не собиралась уволнятся так как с возложенными обязанностями я справлялась просто я люблю людей а на а/ст мног проезжающих со всех концов едут, ведь она была автостанцией Межреспубликанского значения Мы обслуживали 11автоколон и всех мы знали и встречались но в один миг все рухнуло.

Это первое обращение к Психиатору, я не стала спать ночами, в голову лезли какие-то кошмары сердце ныло и я сильно плакала и сейчас плачу, я забываю какой сегодня день, переспрашиваю у меня никогда подобных случаев не было, какой сегодня день я спрашиваю у девочек. Я не знаю никаких методов лечения и надеюсь только на врачей, у меня лекарственная аллергия, я не знаю как мне быть только надежда на врачей, я надеюсь что меня вылячат. В политике в данный момент я ничего не соображаю, пусть как хотят.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

4. Больной 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни. Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу

исследования проявляется утомление. Аттентивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления. Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

5. Пациентка М. 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В то же время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность

установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

6. Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой и дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем -заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительство в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта; боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовых затруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С

этого момента ещё в большей степени наросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс -79 уд/мин., АД -110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоид, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключения специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с наклонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцированна, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ -регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

7. Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие,

имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующим беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался.

Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности».

Вопрос:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

8. Больной Б., 16 лет, ученик средней школы. Рос и развивался нормально, учится хорошо, занимался спортом. Два месяца назад перенес грипп с высокой температурой, в последующем оставался астенизированным, с трудом справлялся с учебной программой, перестал посещать спортивную секцию. Поводом для обращения к психиатру стали жалобы подростка, на которые обратили внимание родители подростка. Заявлял, что на улице «машины как-то уменьшились в размерах, а дома стали казаться очень большими». Некоторые предметы. Например – «деревья, столбы», воспринимал как «искореженные, будто бы в мультфильмах», улица казалась «бесконечной». Лестница дома «как будто вела в небо». При этом ориентировки в окружающем не терял, считал, что «на самом деле ничего не изменилось, все осталось на своих местах, мне это только кажется». Излагая свои болезненные переживания, остается внешне спокойным, охотно беседует, просит «дать лекарства, чтобы все воспринималось по-прежнему».

Вопрос:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

9. Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

Вопрос:

1. Охарактеризуйте имеющиеся у больной психические нарушения.
2. Какие варианты правового и законодательного права регулируют психиатрическую помощь пациенту?
3. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента.

10. К врачу-психиатру-психотерапевту в поликлинике обратилась гражданка Н., 29 лет, с жалобами на «плохую память». При детальном расспросе выяснилось, что несколько дней назад Н. неожиданно оказалась на незнакомой улице. Последнее, что она помнила до этого, это то, как они с сотрудницей возвращались домой после работы. При последующем общении с Н. сотрудница рассказала, что попрощалась с ней на автобусной остановке, и та, по ее словам, поехала «в центр за обновками». При этом никаких странностей в поведении Н. не наблюдалось.

При беседе Н. контактна, на вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Из собранного анамнеза стало известно, что бабушка Н. (по материнской линии) длительное время страдала эпилепсией, неоднократно находилась на лечении в неврологических, а концу жизни и в психиатрических стационарах. Сама Н. росла тихой, задумчивой девочкой, все свободное время предпочитала проводить дома в кругу семьи. С 25 лет отмечает появление головных болей, по поводу которых неоднократно обращалась к невропатологу. Кроме того, Н. сообщила, что в детстве, будучи в пионерском лагере, неоднократно дразнилась детьми за то, что, по их словам, «ходила по ночам». При этом утром Н. просыпалась в своей постели и ничего не помнила.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить и провести врачу?

11. Больной М., 18 лет, направлен на обследование в связи со странностями в поведении. Из благополучной семьи, не болел. С раннего детства обращал на себя внимание обособленностью, замкнутостью, стремлением к одиночеству. Проявлял агрессивность к детям, мучил животных. В школьные годы отличался необычностью и серьезностью увлечений, отсутствием интереса к общественной жизни, не продуктивно занимался созданием собственной системы самоусовершенствования. Работал разнорабочим, безразлично относился к своим обязанностям, общался с коллегами избирательно, нарушал дисциплину, свои поступки не стремился объяснить. Периодически надолго уходил из дома то «для обдумывания научно-технических проблем», то для чего-то развел костер возле склада горючего. На замечания не реагировал. При обследовании в психиатрической клинике мало интересовался окружающим, был крайне замкнут, держался отгороженно от больных. Занимался обдумыванием абстрактных проблем. Безразлично относился к своей судьбе. Бреда и галлюцинаций не выявлял.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Варианты психотерапевтической помощи?

12. Больная Ш., 20 лет обратилась с жалобами на нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, чувство собственной неполноценности, острое чувство одиночества, невозможность наладить отношения с окружающими из-за страха быть осмеянной, неприязнь к себе, раздражительность, вспыльчивость, тяжесть в голове, эпигастральной области, периодически возникающую тошноту, ухудшение памяти.

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье из двух детей, младшей сестре 16 лет. Беременность и роды матери проходили без особенностей. Со слов больной наследственность психопатологически не отягощена. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. Воспитывалась родителями. В школу пошла 7 лет, училась хорошо, окончила 11 классов, затем, поступила в университет.

Больная сформировалась замкнутой, пугливой и мнительной. Из-за косметического дефекта носа в школьные годы подвергалась травле со стороны сверстников. Сменила много школ по

причине частых переездов, связанных со службой отца. В каждой новой школе больная самостоятельно стала занимать избегающую позицию, отгораживаться от социума, и в то же время она остро чувствовала необходимость в общении, участии в общественной жизни, сильным желанием больной было занять место лидера. Все время много читала, пыталась анализировать героев, старалась вынести полезное для себя, чтение приносило определенное облегчение. Родителям больная свои переживания не раскрывала по причине малого взаимопонимания.

Во время обучения в университете стала еще больше чувствовать страх перед общением с окружающими, страх быть осмеянной из-за собственной некрасивости, который стремилась подавить, разобраться в его причинах. Мысли покончить с собой появились около 3 лет назад, но, как отмечает больная, нежелание причинить боль родителям останавливает ее. В последнее время чувство собственной некрасивости, страх быть осмеянной, страх общения с окружающими достиг такого уровня, что больная не смогла ответить на простые вопросы на последнем экзамене. В связи с ухудшением состояния больная приняла решение госпитализироваться в психиатрическую клинику.

Психопатологический статус: сознание не нарушено, ориентирована верно, поведение упорядоченное. В беседу вступает легко, правильно отвечает на вопросы. Речь выразительная, хорошо модулированная, мимика живая, соответствовала переживаниям больной. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление последовательное, несколько замедленное, без структурных нарушений. Суждения глубокие. Обманов восприятия и бреда не выявляет. Настроение снижено, эмоциональный фон неустойчивый, тревожна. Двигательных нарушений нет.

Вопрос:

1. Назовите психопатологический синдром, имеющиеся у больной
2. Назовите психотерапевтические и социо-психологические аспекты в терапии

13. Больная Б., 21 года, обратилась с жалобами на «страх потерять контроль над физиологическими функциями – страх потерять контроль над мочеиспусканием в присутствии других людей», сопровождающийся чувством жара, зудом в области гениталий, невозможностью сосредоточиться, повышенную утомляемость, нарушение сна.

Родилась младшим ребенком в семье из двоих детей. Родители здоровы. В 5-летнем возрасте на фоне гриппа с высокой температурой был однократно развернутый судорожный припадок. В школу пошла в возрасте 6-и лет, училась хорошо, по окончании школы поступила в техникум, в настоящее время обучается на втором курсе.

По характеру вспыльчивая, долго отходит, если ее кто-нибудь разозлит. Общительная, эмоциональная, тепло относится родителям, сестре. Изменений в характере, интересах, привязанностях не отмечает.

Причиной болезни считает события детства, когда в детском саду заставляли ложиться спать, не пускали в туалет. В возрасте 6-и лет был период, когда все время хотелось помочиться, не могла ездить в транспорте. Это состояние длилось около месяца, прошло без лечения. В последующем признаки заболевания не отмечались. Полгода назад, когда в течение нескольких часов не имела возможности зайти в туалет, помочилась в парадной. После этого вспомнила, что с ней было в детстве, и появился навязчивый страх, что захочет в туалет в неподходящем месте и не сможет помочиться. Стала перед уходом из дома по несколько раз забегать в туалет, не смогла ездить в транспорте. А в последнее время не смогла сидеть на занятиях, все время выбегает в туалет, не может сосредоточиться. Не может себя контролировать, появляется паника, представляет, что с ней может произойти, трясется от страха, бросает то в жар, то в холод.

Летом занималась с психотерапевтом в течение 3-х месяцев без эффекта, принимала грандаксин. В компании с друзьями, на дискотеках, дома проблем этих нет – страх возникает тогда, когда нет возможности свободно зайти в туалет.

Психическое состояние: все виды ориентировки сохранены, контактна, настроение умеренно

снижено. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, фиксирована на мысли потерять контроль над мочеиспусканием. Суицидальных мыслей нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. В психодинамическом подходе тактика психотерапии

14. Методы и формы психологического воздействия:

1. индивидуальное и групповое взаимодействие;
2. интеллектуальное воздействие, основанное на законах логики, с использованием важной для решения проблем информации;
3. эмоциональное воздействие с применением техник эмоциональной поддержки, сочувствия, сопереживания, соучастия в психологических проблемах другого человека;
4. поведенческое воздействие с применением и обучением другого человека более эффективным образцам поведения и навыкам реагирования.

15. Назовите психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания. Дайте определение особенностям контингента группы риска при проведении психологического вмешательства.

16. Основная задача психотерапевта-психоаналитика, способы ее реализации.

Типы психоаналитической психотерапии: два типа психоаналитической психотерапии:

2. Инсайт-ориентированная 2. Суппортивная.

Дайте определение и тактические действия врача-психотерапевта.

17. Когнитивная терапия ставит перед собой задачу прямо воздействовать на когниции клиента (мысли, установки, ожидания).

Терапия заключается в поиске искажений в мышлении и в обучении альтернативному, более реалистичному способу восприятия своей жизни. Когнитивная терапия ориентирована на цель, и сфокусирована на проблеме. Основное внимание в ней уделяется настоящему. В процессе структурированных сессий терапевты, в отличие от психоаналитиков, работают с сознательным содержанием.

Назовите цели когнитивной терапии

18. Структура, этапы и факторы лечебного воздействия психотерапии.

1. Используемый подход (модальность): психодинамический, поведенческий, когнитивный, экзистенциально-гуманистический, системный. Внутри каждого из них есть множество разновидностей. Выделяют также подходы, ориентированные на целостный психотерапевтический процесс (интегральный, холистический, эклектический).
2. Ситуация: амбулаторный прием, дневной стационар, стационар.
3. Формат: индивидуальная, в паре, семейная, групповая.
4. Длительность сессии: обычно 45-60 мин. В зависимости от возраста и используемого вида психотерапии длительность сессий может колебаться.
5. Частота сессий: зависит от используемого подхода, ситуации, состояния, остроты симптоматики/проблем, возможностей терапевта и колеблется от 4-5 в неделю до одной в месяц.
6. Продолжительность: зависит от используемого подхода, целей, ситуации, индивидуальной динамики, в частной практике -также от финансовых возможностей семьи. Диапазон колебаний -от краткосрочной (несколько сессий) терапии до открытого срока окончания.

Определите этапы психотерапии.

19. На прием к врачу – психотерапевту обратилась девушка Д. 23 лет. Жалобы на тревожность, нарушенный сон, сниженное настроение и проблемы взаимотношений с мужчинами (страх доверия, неуверенность в себе, мысли о возможном предательстве) на фоне ранее трудной влюбленности и болезненного расставания (пол года назад).

Назовите факторы лечебного воздействия психотерапии

20. Пациентка Л., 30 лет, врач, обратилась по поводу постоянных конфликтов с мужем, в результате которых у неё развивается крик, продолжительностью 1-2 минуты, который она не может сдерживать. Понимает, что сама провоцирует конфликты, так как при общении с мужем растет беспричинная раздражительность на него, и она также не может себя контролировать. Подобное поведение было и в первом браке, которое и привело его к разрыву. Боится, что распадется и второй брак.

Укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

21. Больная П., 1954 г. р. Поступила с жалобами на внутреннюю тревогу, плаксивость, страх за сыновей, мужа, «ком в глотке, сдавливающий обруч на голове», раздражительность, нарушение засыпания, снижение аппетита, несобранность, рассеянность, трудность сосредоточиться, чувство брошенности.

Считает себя больной с начала прошлого года. В новогоднюю ночь старший сын знакомится с замужней женщиной, имеющей дочь, добивается ее развода, переезжает в ее квартиру и сожительствует с ней. Больная впервые видит сожительницу сына, когда та приходит к ним домой с известием об аппендектомии сына, с этого момента больная начинает активно противодействовать намечающемуся союзу, но безуспешно – «подрывается здоровье». В начале стала беспокоить тревога за сына и трудности с засыпанием – «рой мыслей не дает уснуть», затем «апатия – ничего не хочется делать», появляется чувство «кома в глотке, сдавливающего обруча на голове». В конце весны решила себя «подстегнуть» – приняла контрастный душ, цели не достигла, но сильно простудилась. Начала ходить по врачам, стала очень мнительной – прислушивалась ко всем услышанным ею случайно словам, даже не в ее адрес, переносить на себя, давать негативную оценку, но при соответствующем разъяснении, разубеждении с аргументацией соглашалась и начинала с критикой относиться к своим недавним переживаниям. Проходила лечение противотревожными средствами и гипносуггестивной терапией у психотерапевта по поводу невротического состояния, но с непродолжительным успехом. В мае-июне появились панические атаки, которые в июле «сменились какой-то тревожной рассеянностью». В последнее время появилась слезливость. Состояние ухудшалось с каждой новой психотравмой: «сын ушел к женщине, решил жениться на ней, у нее дурная дочка – все время орет, у нее припадки, она заставляет его бросить училище, он подал заявление на отчисление, у него нет работы, скоро свадьба». Особо тяжело больная переносит собственное одиночество: «чувство опустошенности, страх этой пустоты – была всем нужна, а теперь муж по командировкам, младший в училище, старший женится – я никому не нужна». За день до свадьбы старшего сына в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в психиатрическую клинику.

На момент поступления психопатологическая симптоматика имела следующие особенности: легко вступала в беседу, говорила сквозь слезы, с трудом концентрировалась на задаваемых вопросах, жалобы формулировала с большим трудом, постоянно переходила на психотравмирующие моменты, искала поддержку, в поведении была упорядочена, быстро вписалась в режим отделения, без нарушений сознания, с сохраненной ориентировкой, без грубых интеллектуально-мнестических нарушений, обманов восприятия, структурных и продуктивных расстройств мышления, двигательных расстройств. Аффективные нарушения определялись пониженным настроением, без суточных колебаний, с тревогой, страхом за сына, мужа. Засыпала с трудом. Аппетит был снижен. Без суицидальных тенденций. К своему состоянию относилась с эгоцентрической критикой.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Экзистенциальные возможные проблемы пациентки?

22. Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой вариант групповой терапии можно предложить пациенту

23. Больная женщина 50 лет. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Отец умер в возрасте 65 лет от инсульта, мама в возрасте 72 лет проживает в сельской местности, больна сахарным диабетом инсулин независимым. Родилась в О., раннее развитие без особенностей, в школу пошла с 7 лет, училась посредственно, среди сверстников особенно ничем не выделялась, была общительной, «компанейской», но отмечает, что все же «всегда стремилась немножко выделиться, к мнению прислушивались», с частью школьных подруг до сих пор поддерживает отношения, также отмечает исполнительность, скрупулёзность, педантизм, особенно проявившиеся в дальнейшей работе. Окончила 10 классов, затем работала год на заводе РТИ, поступила в техникум, который закончила и получила специальность бухгалтера. В 19 лет вышла замуж, брак по любви, имеет двух сыновей, взаимоотношения с мужем складывались не всегда гладко из-за его алкоголизации. По распределению мужа поехала с ним в Т-ий район и 4 года работала в аптеке бухгалтером. После возвращения в город О. работала по специальности в «Рембыттехнике», где довольно успешно продвигалась по служебной лестнице (с рядового бухгалтера до заместителя главного бухгалтера). Затем за главным бухгалтером ушла в трест по благоустройству, проработала на этом месте, а затем работала главным бухгалтером в частных структурах; в настоящее время -в ЗАО «Ор-аз». В 49 лет на фоне повышенной нагрузки на работе, связанной с переструктуризацией производства (приватизация и передача в частные руки), противоречивой ситуацией («оказалась как бы между двух огней, между двумя начальниками»), впервые стали беспокоить упорные головные боли, усилилась тревожность, педантичность в работе, особенно в отношении отчётной документации, часто брала работу на дом, нередко работала по ночам. В течение года в 50-летнем возрасте на фоне повышенной нагрузки на работе стала плаксивой, раздражительной, нарушился сон, периодически снижалось настроение, возникли вегетативные расстройства: учащалось сердцебиение, появились колебания артериального давления. В этом же году был диагностирован сахарный диабет (инсулиннезависимый). Кроме того, на протяжении 3 последних лет «не была в отпуске и не брала больничные, так как много работы, а если заговоришь об отпуске, могут просто заменить на более молодых». После обследования и лечения в Областной клинической больнице по поводу сахарного диабета, где была консультирована психотерапевтом, обратилась в отделение неврозов и психотерапии и была госпитализирована. Психический статус: вступает в беседу с заметным напряжением и плохо скрываемым волнением. Полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности. С первых минут беседы интересуется возможностью лечения в режиме дневного стационара, так как «на работе сказала, что буду лечиться и делать отчёт – с этим условием и отпустили». Предъявляет жалобы на головные боли («…сдавливает всю голову… словно обручем»),

плаксивость, раздражительность, тревожный сон с нарушениями засыпания: «постоянно в голове цифры, которые не дают заснуть, и сны про то, что я сдаю отчёт, и он не получается». Охотно делится переживаниями, фиксирована на производственных проблемах, при затрагивании темы взаимоотношений с мужем проявляется эмоциональная лабильность, которая достаточно быстро проходит: «он зарабатывает мало, ещё и выпивает, приходится мне тянуть и его, и детей». Мышление в обычном темпе, последовательное, с доступностью проведения абстрактно-логических операций, память не нарушена. Расстройств восприятия, нарушений логической структуры мышления не выявлено. Соматический статус: больная с излишним весом. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс -79 уд/мин., АД -130/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоид, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключения специалистов: терапевт: сахарный диабет 2 типа, ИН, ср. ст. тяжести; невролог: синдром вегетативнососудистой дистонии по гипертоническому типу; окулист: OU глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, сосуды не изменены; гинеколог: фиброма матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется аутопсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе без учёта своих физиологических и психологических ресурсов (астенический тип). Развитию данного конфликта способствовала и дисгармоничная акцентуированная личностная структура – сочетание педантичного и демонстративного характера с эмотивно-тревожным темпераментом, а также патопротекторная система Эго-защиты (ведущие психологические защиты – реактивные образования, регрессия; неадаптивный копинг-механизм в когнитивной сфере – растерянность). Психические процессы равномерные в обычном темпе. В мыслительной деятельности высокий уровень категориальных решений и формирования абстрактно-логических связей. Расстройств памяти не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

Раздел 5

1. Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику и метод психотерапии

2. Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупо, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

3. Пациентка 33 лет. Обратилась с жалобами на рецидивирующие приступы паники (сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, потливость, чувство бессилия и страха, тошнота, боли в животе), чаще всего в ситуациях, требующих личной ответственности.

Из анамнеза: единственная дочь. Росла в полной, благополучной, бесконфликтной семье. По характеру: спокойная, ответственная, доверчивая. Раннее развитие без особенностей. ДДУ не посещала из-за частых простудных заболеваний. С детства увлекалась рисованием. С отличием закончила художественную школу, поступила в профильный ВУЗ. В период обучения была выдвинута кандидатом для прохождения международной стажировки, однако из-за конфликта кураторов, сопровождавшегося грубой неконструктивной критикой, вынуждена была отказаться от предоставленной возможности. Ситуацию переживала тяжело, как личную неудачу, сомневалась в своем профессионализме, считала себя несостоятельной. Впервые обратилась за помощью с вышеозначенными жалобами. Прошла курс лечения, после чего оформила академический отпуск с переводом на другой факультет. По окончании ВУЗа работала по специальности в составе группы дизайнеров, избегая индивидуальных проектов. Вышла замуж за друга семьи, с которым была знакома с раннего детства. Периодически отвергает предложения конкурирующих фирм, предлагающих более выгодные условия работы, т. к. при их рассмотрении возобновляются панические атаки.

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае? Каковы его особенности?
3. Каковы основные цели лечения?

4 Пациентка 64 года. Анамнез: поступает впервые, наследственность психопатологически не отягощена, родилась семимесячной в г. А., старшая из 7 детей. Раннее развитие происходило в соответствии с возрастом. Во время Отечественной войны в 1942 г. переехала с матерью в О-ую область. Отец пропал без вести на фронте в 1941 г. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно, точные науки были трудны для усвоения, лучшая успеваемость была по литературе, русскому языку, истории. В классе была общительной, имела много подруг, которые уважительно относились к её советам. Во время ответов на уроке всегда испытывала волнение, терялась, когда учителя относились «слишком строго», «не могла собраться с мыслями». После окончания 10 классов в 1955 году пыталась поступить в педагогический институт на филологический факультет, но после неудачи на первом экзамене близкой подруги, несмотря на более удачный свой результат, забрала вместе с ней документы и с группой других близких подруг поступила в училище в г. Н., после окончания которого, через год получила специальность геодезиста, по распределению работала 1, 5 года в Ч-ой области. Поступила на обучение заочно в О-ий педагогический институт, одновременно работая в родном селе учителем начальных классов. В 1962 году после замужества переехала в г. О., работала учителем в школе, к этому времени закончила педагогический институт. Работала учителем до мая 2001 года. С 2001 года вышла на пенсию.

В 1962 вышла замуж. Через год, в 1963 г., родила дочь. Муж с первого года совместной жизни стал злоупотреблять алкогольными напитками, в состоянии алкогольного опьянения был агрессивен. В 1972 году родила сына. Летом 1973 года дочь в возрасте 10 лет трагически

погибла, после этого «около 10 лет не могла прийти в себя». Первый год после гибели дочери отношения с мужем стали ещё более напряжёнными, пациентка обращалась в ПНД, принимала антидепрессанты, проводились сеансы гипноза. В 1975 году после неоднократных ссор с мужем развелась с ним. Проживала с сыном. В 1992 году сын женился, обследуемая жила с ним и его женой, помогала в ведении хозяйства, занималась воспитанием внука, который родился в 1993 году.

В начале февраля 2001 года у пациентки пропал сын: «…ушёл из дома на работу и не вернулся». Розыск ни к чему не привёл. На протяжении месяца никаких известий о сыне не было. Пациентка продолжала работать. В то же время стала нарастать тревожность, более выраженная к вечеру, нарушился сон, постоянно возникали мысли о возможном несчастье с сыном, успокаивала себя мыслью о том, что он «… просто куда-то уехал и забыл предупредить». В середине марта при таянии снега был обнаружен его обезображенный труп (убийство с целью ограбления). «Стойко перенесла» процедуру опознания тела, похороны и поминки: «даже не было ни слезинки». Затем, «как-то мгновенно возникло чувство пустоты, безысходности». С этого времени снизилось настроение, пропал аппетит, практически постоянно плакала, «не находила себе места», в то же время при поддержке друзей, родственников пыталась активизировать себя работой в школе и на приусадебном участке. В мае 2001г. уволилась с работы: «поняла, что работать не смогу, не было никаких сил…смотрела на учеников и постоянно думала только о сыне», старалась больше времени уделять внимание внуку. Но, тем не менее, состояние не улучшалось, постоянно вспоминала погибшего сына, нередко воспоминания о нём сменялись яркими представлениями «картины расправы над ним, его мучениями». Нередко просыпалась среди ночи «вся в поту» с чувством, что «он зовёт и просит помощи», остро ощущала потерю смысла жизни. Состояние усугубилось уходом к другому мужчине снохи вместе с внуком, в связи с чем, возникла дополнительная тревога за благополучие внука, при этом обвиняла сноху в противодействии встречам и общению с ним. По совету родственников обратилась за консультацией и лечением в ПНД. После месячного приёма амитриптилина состояние несколько улучшилось: нормализовался аппетит, стала больше спать. Однако вместе с тем усилилась слабость, жаловалась на головокружение, быструю утомляемость. Была госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: охотно вступает в беседу. Ориентировка полностью сохранена. В беседе активна, старается захватить инициативу: в жалобах, рассказе о своих несчастьях довольно выражена драматизация. Основные жалобы на плохое настроение, слабость, головокружения и постоянные мысли о потере сына, своём одиночестве. На фоне эмоциональной лабильности преобладает сниженное настроение. На значимых событиях (смерть дочери и более актуальные обстоятельства гибели сына) на глазах появляются слёзы, самостоятельно быстро успокаивается. Делится переживаниями по поводу существующих отношений со снохой, при этом преобладают внешне обвинительные реакции в её адрес: «. . . ещё и девяти дней не прошло, а она уже начала развлекаться, я сначала этого не замечала, так как была в плохом состоянии, соседи открыли глаза». Высказывает беспокойство за судьбу внука, просит пойти ей навстречу и разрешить «ненадолго ходить домой к внуку. . . заниматься с ним; он до сих пор переживает смерть отца». Мышление слегка в замедленном темпе, несколько обстоятельное, инертное, сохранна способность к оперированию категориальными понятиями, выполнению абстрактных операций, заметных нарушений памяти не выявляется. Суицидальные мысли отрицает: «считаю это грехом», бреда галлюцинаций не обнаруживает.

Для полноты характеристики состояния больной представляем один из методов диагностики, используемый и с целью психотерапии «Письмо к сыну», написанное пациенткой по заданию врача: *«Сынок, здравствуй!*

Вот уже шестой месяц как ты покинул нас: маму и свою семью. Такое горе я никак не ожидала, что меня ждёт в конце моей жизни и никак не могу свыкнуть с этой мыслью, что тебя нет и никогда более не придешь ко мне вечером: как ты приходил каждый день в 9 часов вечера и я продолжаю тебя ждать и прислушиваюсь к шороху в дверях и мне кажется, что сейчас откроется дверь и ты войдёшь.

Как я тебя, люблю, скучаю и жду. И нет дня, чтобы я не плакала. Сейчас вот лечусь от этого страшного стресса, и сплю только выпив снотворное лекарство. Жизнь моя стала для меня никчёмной, нет никакой радости и желания что-нибудь делать и жду когда пройдет день и уснуть и забыться часов на 6 во время сна.

Какая не справедливая жизнь; какая была она прекрасной и счастливой до твоей кончины. Ежедневно разговариваю с тобой и спрашиваю: есть ли моя вина в твоей смерти: в предпоследний день я даже не спросила о том как ты чувствуешь себя, ты глядел на меня и молчал. Хоть увидеть бы тебя во сне и ты бы со мной поговорил. О боже, как стать прежней и утешить себя, я не знаю. Все пытаются мне помочь, но увы «нож» из сердца матери не вынешь никогда; пока не закроются мои глаза: я буду жить и мучаться и страдать. Всё не могу более писать (вся изрыдалась). Я тебя люблю, люблю: мой самый прекрасный, умный и красивый сынок; за что меня бог покарал так жестоко, не могу найти ответа. Целую жду твоя мама Л…»

Соматический статус: кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс -64 удара в мин. Ритмичный, АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы одинаковые с двух сторон. В позе Ромберга пошатывание, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено. Заключение специалистов: терапевт: хронический холецистопанкреатит, хр. гастрит, хр. пиелонефрит, ремиссия. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты. СНо, гипертоническая болезнь 2 ст. ; невролог: хр. атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст., кохлео-вестибулярный синдром; гинеколог: органической патологии нет; окулист: без патологии; РЭГ: пульсовое кровенаполнение достаточное во всех бассейнах, симметричное. Несколько повышен тонус в сосудах мелкого калибра. Венозный отток не нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: психические процессы с лёгкой наклонностью к замедленности темпа, с отдельными признаками инертности, тугоподвижности и невыраженной гиперстенической истощаемости. Мышление с сохранностью способностей к образованию категориальных понятий, выполнению абстрактно-логических операций, при некоторой тенденции к конкретно-функциональным построениям в усложнённых заданиях. Показатели памяти в нормативных пределах. В структуре личности (демонстративный тип акцентуации характера с эмотивным темпераментом) -стремление привлечь внимание к своим проблемам, с гиперболизацией имеющихся нарушений и тенденцией их соматизации, что также обусловлено нереализованной выраженной аффилиативной потребностью, а также патопротекторной низко дифференцированной структурой Эго-защиты (ведущие МПЗ -реактивные образования, проекция, подавление, регрессия) и дезадаптивными копинг-механизмами в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

5. Больной мужчина 50 лет. Анамнез: поступает впервые. Мать и сестра наблюдаются у невролога по поводу сосудистого заболевания. Родился в семье служащих, младшим из 2-х детей. Семья жила в К-не. Отец являлся инвалидом 2 гр. после огнестрельного ранения в голову во время Отечественной войны. Дети были «приучены» ухаживать за больным отцом, помогать ему, воспитывались в ситуации гипернормативности. В школу пошел с 7 лет, закончил 8

классов, учился посредственно, предпочитал гуманитарные науки, в свободное время много читал, сильно переживал из-за своей внешности, так как был «толстым мальчиком» и носил очки. По характеру был спокойным, дисциплинированным, впечатлительным, педантичным, мягким. До 14 летнего возраста часто подвергался обидам со стороны сверстников, поэтому старался походить в поведении на них: рано испробовал курить, участвовал в драках, чем постепенно завоевал авторитет. После школы закончил железнодорожный техникум. Служил в армии в 1974-76гг. связистом, где сумел завоевать авторитет исполнительностью, организаторскими способностями, стойко переносил трудности службы, получил звание сержанта. После армии поступил в мединститут. Женился на 1 курсе, в 21 год, на одногруппнице. Это была первая девушка, с которой он предпочитал проводить досуг, она же явилась инициатором брака. Чтобы содержать семью бросил, институт. Имеет 2-х детей, со старшим мальчиком отношения были всегда более близки: считал, что тому не хватало любви матери. Вначале работал на стройках в различных должностях среднего уровня, после заочного окончания политехнического института преподавал в техникуме связи. Развелся с женой после 10 лет совместной жизни по её инициативе. Развод сильно и длительно переживал, винил себя в недостаточной способности к семейной жизни. Десятилетний сын остался жить с отцом по собственному желанию, дочь осталась с матерью. Пациент охладел к дочери, которой тогда исполнилось 3 года, так как «она воспитывалась другим мужчиной по другим принципам». С тех пор и до настоящего времени старается избегать каких-либо контактов с бывшей женой и дочерью. Испытывал чувство стыда из-за того, что его «бросили», боялся, что его будут обсуждать соседи и сослуживцы. По этой причине сразу же после развода поменял место жительства и перешел на другую работу -инструктором по технике безопасности в строительной организации и до настоящего времени старается избегать близких отношений с женщинами. Много времени уделял воспитанию сына. Так, например, чтобы заинтересовать его спортом, сам записался в секцию «каратэ», где достиг определенных положительных результатов и стал водить сына с собой на занятия. Из соматических заболеваний -гепатит В, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический колит, хронический холецистит, перелом лучевой кости правой руки, в 1988 разрыв ахиллового сухожилия левой ноги, с 1988 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с обострившимися национальными отношениями в Казахстане был вынужден в возрасте 45 лет в 1999 году переехать с сыном и родителями в г. О. В результате переезда резко ухудшились жилищные условия, был вынужден продать «за бесценок благоустроенную квартиру» и купил старое неблагоустроенное строение малой площади на окраине О. -по типу «землянки». Сына же поселил с родителями (отец как инвалид и участник Великой Отечественной войны вскоре получил однокомнатную квартиру). В О. в течение года пациент не мог найти работу. Его тяготила полная материальная зависимость от родителей. После трудоустройства преподавателем в аграрный колледж получал малую зарплату, однако «прилежным трудолюбием» добился должности заведующего отделением. Новая должность принесла значительно большую нагрузку при несравненно малом улучшении материального благополучия. Постоянно опасался, что не справится со своими обязанностями, вынужден был часто перепроверять свою работу, документы, был обеспокоен тем грузом ответственности, которая была возложена на него, принимал «близко к сердцу» неприятности на работе. Личная жизнь также не приносила удовлетворения: узкий круг общения, отсутствие сексуального партнера, низкий материальный уровень, часто возникающие конфликты с сыном «из-за взглядов на жизнь» и материальных проблем заставляли себя чувствовать «беспомощным, беспринципным, ничтожным неудачником». На фоне таких неблагополучных обстоятельств с 2000 года стали возникать сильные головные боли, снизилась работоспособность, ухудшилась, с точки зрения пациента, память, внимание, стали беспокоить выраженная утомляемость, раздражительность.

Смерть отца в 2000 г. еще больше ухудшила состояние: чувствовал себя виновным в том, что мало уделял ему внимания, не «оберегал» его. Отец умер внезапно в тот день, когда пациент сопровождал его в инстанцию для окончательного решения вопроса о предоставлении

ему (отцу) большей по площади квартиры как ветерану войны. Смерть отца привела к невозможности решения этого вопроса. С этого времени головные боли стали «постоянными», что препятствовало полноценной работоспособности. Особенно интенсивные головные боли возникали на работе. Неоднократно обследовался амбулаторно и стационарно. Вернулся к работе на должность преподавателя, но со своими обязанностями не справлялся, усилилась забывчивость, утомляемость. Снова был вынужден взять больничный лист. Проводимая терапия состояния не улучшала. Был направлен в отделение неврозов и психотерапии для обследования и лечения.

Психический статус: к общению не стремится. Во время беседы предъявляет многочисленные жалобы: упорные головные боли, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение работоспособности: «чуть-чуть поработаю и как будто пелена перед глазами, всё плывёт. . . ». Особо подчёркивает невозможность справляться с работой, объясняя это снижением памяти, трудностями сосредоточения внимания. Физической (соматической) неполноценностью и ущербностью объясняет собственную несостоятельность как в профессиональной, так и личной жизни. Ригидно отстаивает мысли о собственной беспомощности, отметая любые положительные перспективы и возможности изменения настоящего положения вещей. Периодически даёт отказные реакции, особенно при затрагивании значимых тем: «… я перестал вас понимать», при этом обхватывает голову руками, изображая боль и напряжение. Ухудшение здоровья соотносит со временем переезда из К-на, который привёл к значительному ухудшению материального благополучия, неопределённости социального статуса, несмотря на относительную стабилизацию этих обстоятельств в последнее время (получил работу, хотя и здесь отмечается некоторая неудовлетворённость: «. . . всё равно не то, что было прежде»). Отмечает также сниженный фон настроения, постоянно проводит связь изменения в состоянии здоровья с переездом: «произошло крушение всей жизни, нужно приспосабливаться, бороться за выживание, а возраст уже не тот, нет никакой материальной базы. . . жильё подвального типа. . . а была благоустроенная квартира…» Постепенно тема финансовой и вторичной социальной несостоятельности выходит на первый план. При ретроспекции своей жизни фиксирует внимание только на отрицательных фактах, переоценивая их перспективную значимость. Драматично старается «объективизировать» своё болезненное состояние «роком», привлекая, с его точки зрения, сведения о «наследственных болезнях» в семье. Заявляет, что уже больше 10 лет «живёт в долг», т. к., якобы, продолжительность своей жизни ограничивал 40 годами. Обесценивает собственные достижения и успехи, в том числе в социальной сфере, которые противоречат «концепции неудачника». Фактически обвиняет себя в смерти отца, в неудачах семейной жизни, отношений с сыном. Себя характеризует общительным, тревожным, мнительным, педантичным и требовательным, особенно в отношении к себе, отмечает трудности при общении с противоположным полом, при этом ссылается на «неудачную личную жизнь. . . проблемы с женой. . . », после развода с которой «поставил крест на женщинах». Во время повествования пациентом о трагической смерти отца возник приступ интенсивной головной боли, пациент попросил прервать беседу, и затем, после выхода из кабинета, у него возникла рвота («едва добежал до туалета»). За время пребывания в отделении несколько улучшилось настроение, уменьшилась тревога, нормализовался сон. Сохранялись жалобы на головные боли, хотя частота «приступов» уменьшилась. Несмотря на проводимое психотерапевтическое лечение, продолжал ригидно настаивать на своей несостоятельности как физической, так и социальной, не допуская возможности положительной динамики его состояния.

Неврологический статус: лёгкий экзофтальм с 2-х сторон, больше справа. Нистагмоид. Ослаблена конвергенция, лёгкая асимметрия носогубных складок. Рефлексы равные, симметричные. Чувствительность не нарушена. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Соматический статус: повышенного питания, кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. Пульс 82 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за

счёт подкожно-жировой клетчатки, печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Заключения специалистов: конс. терапевта: гипоталамический с-м, с нарушением углеводного и липидного обмена. Ожирение 3 ст. Вегетативнососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический персистирующий гепатит, хронический холецистит, ремиссия. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Ремиссия; конс. невролога: синдромм вегетативно-сосудистой дистонии по гипертоническому типу с упорной цефалгией; конс. окулиста: OU глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, миопический конус, сосуды сужены. Миопия средней степени обоих глаз; РЭГ: снижено пульсовое кровенаполнение сосудов с повышением артериального тонуса. Лёгкая физиологическая асимметрия кровенаполнения, венозный отток умеренно нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется затяжной истерический внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и невозможностью их реализации с игнорированием реальных обстоятельств. Мнестико-интеллектуальные расстройства отсутствуют. Психические процессы несколько неравномерны с наличием невыраженных признаков истощаемости по гиперстеническому типу. В структуре личности дисгармоничное сочетание акцентуированных педантично-тревожных черт характера и эмотивного темперамента. Достаточно выраженной социальной дезадаптации способствует низко дифференцированная патопротекторная структура Эго-защиты (ведущие МПЗ – отрицание, регрессия, реактивные образования, проекция), а также дезадаптивная структура копинг-механизмов в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Применялся как с целью диагностики, так и психотерапии метод «Написание сказки»

«Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков. Но изменились времена и нравы обитателей долины. Начались Великие Перемены, пошла Великая травля. Семейство было вынуждено откочевать на север в глухие, мрачные, непроходимые дебри высохших лесов, спасаясь от, вдруг ставших агрессивными и опасными, тварей. И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам. И беззащитный зверек уже сам не понимал, как это получилось, что он абсолютно один, абсолютно беззащитный и никому не нужный оказался в норе под корнями полусгнившего пня. Он сам не осознавал, как это он ещё живой – находясь в постоянной опасности от близости свирепых соседей и питаясь, только по ночам, без шумно выползая из своей норы безвкусными и вызывающими отвращение корешками и листьями трав, ограниченный, запуганный, забитый, сидя в норе и вздрагивая от пугающих звуков и шорохов жил одной надеждой, что Создатель скоро призовёт его себе и не будет суров к его грехам и прегрешениям, ибо понимая, что милосердие Создателя простирается далеко за пределы разумения его созданий. И раз, ещё, он не покинул свою телесную оболочку, значит некая миссия возложенная на него не до конца выполнена.

Живя в основном воспоминаниями, иногда в его ослабленном тельце всё же проскальзывала искорка жизни. Иногда он исподтишка подсматривал за жизнью случайных обитателей леса попавших в его зону обзора, но понимал, что им он если и будет нужен, то лишь как предмет для питания пища или как ненужная временная игрушка.

Не удержавшись, он попытался однажды подружиться с существом привлекательным и мягким, на его взгляд. И, несмотря на то, что не был отвергнут, он очень отчетливо понял свою ненужность и никчемность. А, тем не менее, чувство благодарности к не оттолкнувшему его, согревало до конца дней, пока мохнатая лапа со стальными когтями не извлекла его из норы и не отправила в смрадную вонючую пасть».

Как следует из анамнеза у данного пациента расстройства начались после вынужденной миграции из К-на, где он был достаточно материально устроен: имел хорошую работу, жильё и т. п. : «*…Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало,*

семейство добродушных пушистых зверьков».

В результате смены политического устройства в К-не с негативной национальной политикой в отношении русскоязычного населения пациент был вынужден, «бросив всё», покинуть страну и эмигрировать в Р-ию, в результате потеряв часть семьи (дочь и жену): «*Начались Великие Перемены, пошла Великая травля… И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам»*.

И далее вся жизнь в аллегорически-эпатажной форме излагается только с негативных позиций: не приносящая удовлетворения (прежде всего материального) работа, жильё – землянка полуподвального типа на окраине города, отсутствие близких или людей, которые разделили бы с ним все трудности, описываются психологические защиты (отрицание, регрессия, проекция) и копинг-поведение (отступление, растерянность, покорность), выполняющие у данного пациента патопротекторную функцию, способствующую закреплению симптомов.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

6. Больной в возрасте 48 лет, инженер, страдает артериальной гипертонией в течение последних 10 лет. Отличается трудолюбием, упорядоченным поведением, контактностью, повышенной аккуратностью и добросердечностью. Это делает его вполне приятным и уступчивым пациентом. Однако, в процессе терапии, зачастую нарушает назначенное лечение. При попытке объяснить необходимость соблюдения всех рекомендаций врача от лечения просто уходит, зачастую не является на психотерапевтические занятия.

1. Какую тактику должен выбрать психотерапевт в отношении данного пациента?

7. Больная С., 26 лет, научный сотрудник. До недавнего времени – практически здорова. Летом прошлого года, случайно оказалась на «большом поле, похожем на болото, когда начала его переходить, почувствовала, что почва становится очень мягкой, ноги вязнут, да еще и гроза началась…». Испытала острый страх, чувство беспомощности, «была близка к панике». Случайно была обнаружена другими грибниками, и ситуация разрешилась благополучно. По возвращению домой постепенно успокоилась, и, со слов, «вроде бы пришла в себя». Осенью того же года впервые поймала себя на мысли, что, при необходимости перейти в городе «широкую улицу или площадь» на душе становится «как-то неуютно, тревожно», а однажды «при сильном дожде», находясь на Дворцовой площади, «остро вспомнились переживания на злополучном болоте». С того времени постепенно сформировался «сильный внутренний страх» перед необходимостью преодоления больших открытых пространств, бледнеет, учащается сердцебиение, стала менять городские маршруты (избегая проспекты и площади) или, под разными предлогами, находить себе попутчиков. Долго не решалась обратиться к врачам, т. к. «было неловко, даже смешно, я же умом все прекрасно понимаю, я же выросла в этом городе, и никогда не боялась ни площадей, ни широких улиц, ни больших дворов». Поводом для консультации у психотерапевта послужило чувство «усталости от борьбы со своими причудами, они меня совершенно измотали и обессилили».

Вопрос:

1. Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?
2. Варианты психотерапии?

8. Женщина в возрасте 27 лет, замужем ранее не была, находится в разлуке с сексуальным партнером, жалуется на подавленность, гнев, страх перед одиночеством и отсутствием перспектив выйти замуж. Ощущение чувства «полной пустоты» стало поводом к интенсивной еде. Порой даже не замечает, что и сколько съедает.

С детства всегда была полным ребенком. Сколько себя помнит, всегда на любое внешнее выражение каких-либо детских реакции мать и бабушка предлагали ей поесть. К подростковому возрасту стала считать себя «несовершенной», «несостоятельной» и очень ранимой. Сексуальный партнер, с которым у нее произошел разрыв, был первым мужчиной в ее жизни.

За последние 3 месяца прибавила в весе более чем 20 кг. Пыталась проходить курсы похудания, в том числе и до момента психотравмы, которые оказывались неэффективными.

1. Назовите причину нарастания ожирения.
2. Дайте психотерапевтические рекомендации.

9. Больная М., 31 г. поступила с жалобами на сниженное настроение, нарушение засыпания, поверхностный тревожный сон, повышенную раздражительность, агрессивность по отношению к членам семьи и коллегам по работе, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: родилась средним ребенком в семье из двоих детей. Родители умерли. Мать страдала гипертонической болезнью, перенесла два инсульта, скончалась два года назад, отец скончался год назад после перенесенного инфаркта миокарда. Росла и развивалась нормально. Никаких поведенческих особенностей в детстве не отмечалось. В школу пошла в возрасте 7 лет, окончила среднюю школу и кулинарный техникум, работает поваром по настоящее время.

Состоит во втором браке, первый брак был расторгнут после супружеской измены мужа. Воспитывает ребенка 7 лет от второго брака, отношения в семье относительно ровные.

Считает себя больной около 2-х лет. После конфликта на работе, который продолжался около двух недель, стала раздражительной, плохо засыпала, лечилась амбулаторно, принимала транквилизаторы. В последние несколько месяцев состояние ухудшилось, больная стала особенно раздражительной, плохо спала, «не могла иногда заснуть до 4-5 часов утра», с вышеперечисленными жалобами обратилась в психиатрическую клинику.

Психическое состояние: больная ориентирована правильно в пространстве, во времени, собственной личности, контактна, обстоятельно с излишними подробностями рассказывает о себе, придает особую значимость обычным бытовым фактам. Настроение неустойчивое. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, нормальное по темпу, нарушений стройности ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет, суицидальных мыслей не высказывает, Суицидальных мыслей нет, настроена на лечение.

Вопрос:

1. Перечислите психопатологические симптомы, имеющиеся у больной.
2. Тактика врача – психотерапевта?

10. Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение,

утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечении пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Варианты психотерапии?

11. Пациента Н. Б. К., 40 лет, находящегося на амбулаторном лечении, беспокоили приступы удушья, чаще возникающие ночью и под утро, пароксизмальный кашель с отхождением небольшого количества стекловидной, вязкой мокроты. С детских лет страдает аллергическим дерматитом, вазомоторным ринитом. Приступы удушья начались в возрасте 35 лет вскоре после перенесенной пневмонии. В течение последнего года приступы удушья возникали спорадически. Больной пользовался ингаляциями В-адреноблокатора для купирования удушья. Последнее обострение началось две недели назад. Пароксизмы экспираторного диспноэ приняли упорный характер и с трудом купировались ингаляциями В-адреноблокатора. При рентгеноскопии грудной клетки выявлены явления эмфиземы. В анализах мокроты обнаружены эозинофилы, спирали

Куршмана и кристаллы Шарко-Ледена. В течение последних двух лет больной обратил внимание на снижение потенции и вслед за этим снижение либидо. При сборе анамнеза сексуальной сферы выявлено, что на фоне течения болезни и лекарственной терапии снизилось сексуальное влечение к женщине, стали реже, а затем почти пропали утренние эрекции, стало трудно добиться достаточной эрекции при проведении полового акта.

1 Определите причину сексуальной дисфункции.
2. Составьте рекомендации психотерапевтические

12. У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.

Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интереса ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?
3. Возможная тактика врача-психотерапевта?

13. В психиатрическую клинику на стационарное освидетельствование поступил гражданин Р., 18 лет, направленный психиатром призывной комиссии военного комиссариата при проведении обследования лицам призывного возраста, призванным в Вооруженные Силы. Из сопроводительной медицинской карты известно, что родился в срок, в возрасте 1, 5 года перенес корь, осложнившуюся энцефалитом, в 7 лет дважды переболел пневмонией, в 15 лет – закрытый перелом костей предплечья. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошел с 9 лет, окончил 3 класса «на одни тройки», в дальнейшем нигде не учился, «помогал дома по хозяйству». На осмотре сидит, низко свесив голову, голос тихий, слабо модулированный, речь примитивная, изобилует штампами. Конкретно-образное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Запас общеобразовательных знаний крайне мал, не знает таблицу умножений, основные исторические даты. Интеллект низкий, пословицы и поговорки понимает буквально, не может отличить главный смысл от второстепенного. В суждениях прямолинеен, умозаключения непродуманны, по-детски наивны. Немного обучаем, способен механически запомнить 5 из 10 названных слов, однако при выполнении методики «Исключение предметов» выбирает объект только по конкретным признакам (например, при предоставлении сапога, ботинка, тапочка и перчатки исключает сапог, потому что «он больше»). При тестировании с помощью методики Равена IQ получил 62 балла. В целом, умственное развитие соответствует 10-11 летнему подростку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?
3. Тактика лечения и реабилитации?

14. Больная К. С. Ю., 26 лет, звукооператор. Из анамнеза известно, что мать пациентки страдала головными болями. Возникновение головных болей отмечено в подростковом возрасте; чаще головные боли возникали в предменструальный период. Вначале головные боли носили эпизодический характер и, как правило, возникали на фоне больших эмоциональных нагрузок (экзамены и т. д.). Головные боли носили пульсирующий характер, часто заканчивались тошнотой и рвотой. После приступа оставались жалобы на утомляемость. Пациентка ранее пользовалась различными болеутоляющими препаратами.

За помощью к врачам не обращалась. В последнее время головные боли носили упорный характер, до начала приступа появлялись явления мерцающей скотомы, затем развивалась пульсирующая головная боль, в ряде случаев боль оставалась до суток, в течение которых

хотелось лежать, накрывшись одеялом, без движений. Больная начала все чаше принимать комбинированный препарат, оказывающий анальгезирующее и седативное действие, который скорее ослаблял болевые ощущения, чем купировал их. В 20 лет пациентка вступила в брак, в 21 год родила дочь. В период беременности приступы головной боли не повторялись. В 22 года она стала работать звукооператором, через некоторое время на высоте нагрузок, после ночных дежурств головные боли вернулись.

Семейная жизнь протекала спокойно, но на фоне головной боли пациентка стала отказываться от интимных отношений.

1. Определите психотерапевтические рекомендации.
2. Составьте механизм возникновения сексуальной дисфункции.

15. К врачу части обратились родители подростка 15 лет. Они рассказали, что последнее время их сын стал «совсем другим», резко ухудшилась успеваемость, из дома стали пропадать деньги и ценные вещи. Нередко он приходит домой «явно навеселе», однако алкоголем от него совершенно не пахнет. По телефону ведет «непонятные» разговоры, в которых то и дело проскальзывают слова: «черное», «дурь», «кураж», «банг». Изменился даже внешний облик: ходит сутулясь, прячет глаза, стал носить одежду с длинными рукавами даже в жаркую погоду. Появилось множество новых, «не внушающих доверие», знакомых, которые постоянно звонят, ищут сына. Несколько раз не приходил домой ночевать, на замечания в свой адрес реагирует бурными эмоциональными вспышками. Иногда по ночам из комнаты сына доносятся приглушенные стоны, всхлипывания, скрежетание зубами и тихая ругань. На все вопросы родителей раздражительно отвечает: «Оставьте меня в покое!», или хватает телефон и пытается найти какого-то «Виктора», унизительно просит у него прощение, умоляет что-то «одолжить в последний раз». На контакт с родителями не идет, замыкается в себе или уходит из дома.

Вопросы:

1. Супруги спрашивают, что может быть с их сыном?
2. Какой предварительный диагноз можно предположить?
3. Психотерапевтические мишени?

16. Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и тактика терапии?

17. Пациентка В. С. Д., 41 год, педагог. Беспокоят головный боли, после эмоционального напряжения, шумы в ушах, и гул по всему телу в течении последних 5 лет. Боится заболеть раком. По характеру тревожная, воспитывалась одной матерью, в условиях повышенной ответственности и эмоциональной холодности. В настоящий момент проживает одна, « мужчинами не складывается», по этому поводу очень переживает. На МРТ головного мозга - начальные признаки гипертрофии. Невролог не выявил выраженной патологии, сказал, что

беспокоиться нет причин. Назначил циннаризин, мексидол и рекомендовал обратиться к психиатру. Препараты помогли, но ненадолго, пока принимала лекарства. Психиатр рекомендовал фенозепам, по пол-таблетки 2 раза в день. Обьяснил, что не надо переживать по пустякам и нервничать.

Однако патологические ошушения также появлялись сразу после прекрашения медикаментозной терапии.

1 Назовите расстройство?
2 Определите механизм возникновения симптомов
3 Составьте план психотерапевтической работы.

18. Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспосабливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и психотерапевтические мишени?

19. Клинический случай. Пациент 31 год. Обратился с жалобами на навязчивые действия и мысли (частое мытье рук счет, повторение определенных фраз и мыслей в голове), возникающие в ситуациях психоэмоционального напряжения.

Из анамнеза: Воспитывался в полной семье, наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. ДДУ не посещал. По характеру: мягкий, мнительный, тревожный, сомневающийся в своих силах. Со стороны отца периодически испытывал давление, со стороны матери -гиперопеку. Получил высшее образование в ВУЗе, рекомендованном родителями. Профессиональное направление выбрал вопреки собственному желанию. Учился хорошо, но искреннего интереса к будущей профессии не испытывал. При первичном трудоустройстве потерпел неудачу, после чего возникли первые симптомы заболевания. По рекомендации невролога в течение двух месяцев посещал групповые занятия с целью овладения навыками саморегуляции и релаксации, после чего состояние стабилизировалось. Устроился на работу по специальности в одну из крупных компаний. Зарекомендовал себя с положительной стороны. В рамках перспективы карьерного роста получил предложение о переводе в головной офис (г. Москва). После переезда и выхода на новое место работы отметил ухудшение состояния: возобновились множественные жалобы, снизилась работоспособность, ухудшился сон, в связи с чем обратился за профессиональной помощью.

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?

3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

20. Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним -не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепама, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повториться. В психическом статусе -гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

1 Назовите расстройство, механизм его возникновения
2 Составьте план психотерапевтической работы.

21. Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика терапии?

22. Пациентка 29 лет. Обратилась с жалобами на проблемы со сном (поверхностный сон, ранние пробуждения), подавленное настроение, потерю веса, раздражительность, утомляемость, «сложности при выполнении ответственных задач, требующих концентрации», конфликты с гражданским мужем.

Из анамнеза: единственная дочь в семье. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в условиях жесткого контроля со стороны родителей, определивших главной жизненной целью достижение успеха, высокого положения в обществе, без учета личностных особенностей и возможностей дочери. По характеру: замкнутая, тревожная, ответственная. Посещала ДДУ и множество дополнительных занятий. За неудачи были предусмотрены наказания с применением физической силы. Закончила школу с углубленным изучением иностранных языков. Учеба в школе давалась с трудом. Следуя требованиям родителей, стремилась превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий, часто в ущерб отдыху и ночному сну. Имеет высшее образование (диплом с отличием). В возрасте 23 лет вышла замуж за однокурсника, отличавшегося мягким, уступчивым характером. Через два года брак расторгла, аргументируя свое решение «мягкотелостью супруга и отсутствием у него личностного стержня».

В родительскую семью не вернулась. Проживала самостоятельно. Поступила в аспирантуру. Во время работы над кандидатской диссертацией вступила в гражданский брак с научным руководителем, со стороны которого в последние несколько месяцев испытывает «психологическое давление и жесткую критику», что является причиной частых конфликтных ситуаций и появления вышеозначенных жалоб.

Вопросы:

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

23. Пациентка А., 30 лет, обратилась с жалобами на страх перед полетами, учащенное сердцебиение, ощущение удушья даже при мысли о том, что она должна сесть в самолет.

Жалобы появились два года назад, когда во время «воздушной ямы» сидящий впереди ребенок вдруг завыл. При этом, так как муж -хоккеист, работающий в другом городе, ей приходится с ребенком, сыном 4 лет, часто совершать авиа-перелеты. При обращении - напряжена, но о себе говорит охотно, стремиться показать себя только с лучшей стороны. Имеет высшее юридическое образование, но не работает, так как «посвятила себя семье».

1. Укажите расстройство
2. Выберите тактику психотерапии.

24. Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии.

25. Пациент К., 51 год, частный предприниматель. Обратился по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупо, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии.

26. Пациентка Э., 52 года, директор крупной финансовой компании. Жалуется на боли в области сердца, ощущение «перебоев, как будто сердце остановилось». Кардиолог исключил органический характер симптомов. Жалобы появились вскоре после того как узнала, что у мужа нетрадиционная сексуальная ориентация, около года назад. Сказала ей об этом взрослая дочь, которая обнаружила случайно переписку отца в интернете с любимым, подвела мать к компьютеру и сказала -«вот до чего твоя работа довела». В течение года пациентка пыталась восстановить интимную жизнь с мужем, которой не было уже около 15 лет, при этом отмечает, что никогда не испытывала потребности в этом. Однако её усилия привели только к ухудшению отношений. Сейчас собирается развестись с мужем, он категорически против этого, объясняя, что все-таки ощущает психологическую потребность в семье, в дочери, в сохранении социальных связей с друзьями семьи. Мужу 55 лет, занимает «хорошую должность», тщательно скрывает свою личную жизнь от посторонних, в течении 8 лет -в близких отношениях с мужчиной младше его на 12 лет. На консультации настоял муж. так как хочет сохранить семью.

1. Укажите возможный диагноз
2. Определите тактику психотерапии.

27. Пациентка Д., 28 лет, обратилась по поводу приступов головокружения, тошноты, учащенного сердцебиения при эмоциональном напряжении. При обследовании у терапевта - патологии не выявлено. Данные симптомы беспокоят в течение последних двух лет, связывает их с отношениями с любимым человеком -В., проживающим в Англии. Сама замужем, муж знает об этих отношениях, но все прощает жене, лишь бы она от него не ушла. Она за это презирает его, говорит, что он не мужчина, однако не может жить самостоятельно, так как нигде не работает, «не позволяет здоровье». Имеет высшее неоконченное образование, обучалась в педагогическом университете.

Воспитывалась в основном папой, который во всем потакал дочери. Регулярно, каждую неделю, общается с В. по скайпу. Однако понимает, что она у него не одна, но уверена, что если она к нему приедет, все будет по-другому. Сообщила вскользь, что он употребляет наркотики, но при вопросах об этом -отводит глаза, переходит на другую тему. Характеризует себя только с положительной стороны, однако периодически в беседе звучат мысли о собственной неполноценности, необходимости что-то менять. При этом любит говорить о своей исключительности и стремлении к совершенству, хотя понимает, что это не совсем правильно. Имеет красивую, грамотную речь, обаятельна. Мечтает написать книгу о своих переживаниях к В., и приехать к нему.

Укажите расстройство, выберите тактику психотерапии.

28 Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул -«женой проблемы» -заплакал, закрыв лицо руками.

Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Сунцидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы.

1. Укажите расстройство,
2. Варианты психотерапевтической тактики

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Психотерапия»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Психотерапия» рассмотрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

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

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 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

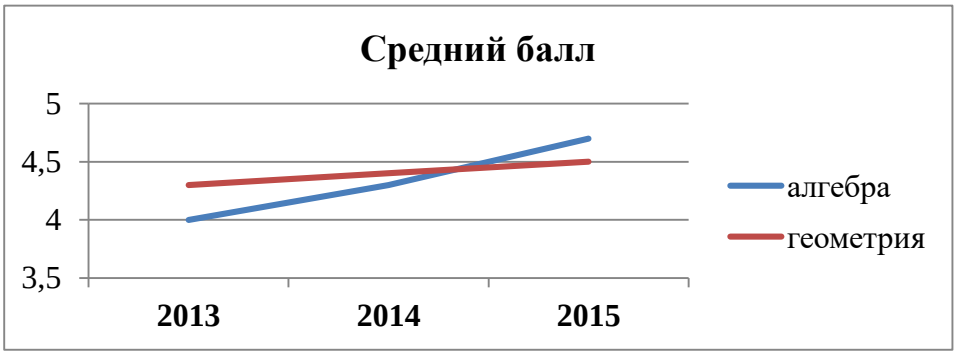


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

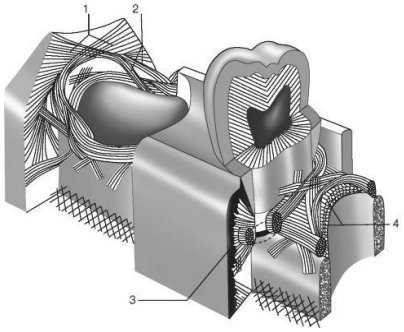


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

– ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;

– загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:

–линия улыбки (визуализация десневого края);

–биотип мягких тканей (толстый, тонкий).

2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:

–оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

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

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ПЕДАГОГИКА** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (наименование направленности)
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
2024

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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 и заседания кафедры психологии.

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2/204.

.

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 31.08.22 Психотерапия. 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 «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 31.08.22 Психотерапия.

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 следующих универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Знает: - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - 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	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Знает: - основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной

			противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	аттестации: ТЗ, Р
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Знает: - основы социальной психологии	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Знает: - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: - возможности профессионального и личностного развития; возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять приемы организации выбора направление собственного профессионального и	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной

	карьерной траектории		личностного развития, минимизации возможных рисков при изменении карьерной траектории.	аттестации: ТЗ, Р
		УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-5.3 Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Общепрофессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции – Педагогическая деятельность			
ОПК-3. Способен осуществлять	ОПК-3.1. Умеет осуществлять педагогические действия для	Знает: - нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П

педагогическую деятельность	решения различных профессиональных задач	системе медицинского образования	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: Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания.	Знает: - цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать технологии проектирования образовательного процесса в зависимости от уровня образования и цели образовательного процесса, методиками педагогической диагностики, современными методиками проведения профилактических и просветительских мероприятий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции – Педагогическая деятельность			
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической	ПК-1.1. Способен участвовать в разработке рабочих программ, оценочных и методических	Знает: – педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.	материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО.	Умеет: - применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий.	Знает: - методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Знает: - методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1						
Тема 1.	Тема 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	2	Краткое содержание темы Предмет и методы педагогики. Педагогические категории: образование, воспитание, обучение, развитие, усвоение, научение, педагогический процесс, педагогическая деятельность, педагогические технологии, педагогическая задача. Педагогические составляющие профессиональной деятельности врача. Цели и задачи непрерывного медицинского образования. Метод непрерывной подготовки. Формы обучения непрерывного медицинского образования.	УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		**2**				

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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1						
Тема 2.	Семинар	Современные методы и образовательные технологии; их использование в	2	Краткое содержание занятия Современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания. Самообразование, самообучение, саморазвитие и повышение квалификации. Симуляционные техники обучения в	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1.	КВ, ТЗ, П

		профессиональной деятельности врача		медицинском образовании. Практикоориентированное обучение. Модульное обучение. Контроль и оценка результатов обучения.	ПК-1.2. ПК-1.3.	
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 как ситуаций личностного развития.	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
Тема 4.	Семинар-практикум	Психология как наука. Предмет и методы психологии.	2	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-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	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-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	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-5.1. УК-5.2. УК-5.3.	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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Тема 1 Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	8	-	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами	УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ
2.	Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
3	Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
4	Тема 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	КВ, ТЗ, П
5	Тема 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	КВ, ТЗ, П
6	Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	УК-5.1. УК-5.2. УК-5.3.	КВ, ТЗ, П
	Подготовка реферативной работы	14	-	Сбор материала и подготовка реферата	УК-3, УК-4 УК-5, ОПК-3. ПК-1.	Р
Всего:		**62**	**20**			

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

***Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Примерная тематика рефератов:

1. Современные дистанционные образовательные технологии.
2. Технологии проблемного обучения в практике педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО
3. Технологии активного обучения в педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО 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 или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ТЗ, Р
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ТЗ, Р
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ТЗ, Р
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ТЗ, Р
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.	ТЗ, Р

ТЗ – тестовые задания, Р- реферат

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий, на которые студент должен дать ответ за 20 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	**1.** Педагогика это: **а)** 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: **а)** обучение; b) **знания**; c) жизненный опыт. **4.** Обучение это: **а)** **целенаправленный** педагогический процесс организации и стимулирования активной учебно-познавательной деятельности учащихся по овладению знаниями, умениями	УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3. УК-5.1. УК-5.2. УК-5.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.

	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):** a) Наглядно-действенное; наглядно-образное; образное; понятийное**. (мышление)** b) Удивление, презрение, стыд, вина. **(эмоции)** c) Предметность, константность, целостность, избирательность, обобщенность, осмысленность. (**характеристики процесса**) d) 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-3.1., УК-3.2., УК-3.3. УК-4.1., УК-4.2., УК-4.3. УК-5.1., УК-5.2., УК-5.3. ОПК-3.1., ОПК-3.2, ОПК-3.3., ПК-1.1., ПК-1.2. ПК-1.3.
П	7. Современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания. 8. Самообразование, самообучение, саморазвитие и повышение квалификации в современном непрерывном медицинском образовании. 9. Способы контроля и оценки результатов обучения. 10. Особенности обучения взрослых. 11. Методики обучения среднего и младшего медицинского персонала. 12. Когнитивные психические процессы и методы их психодиагностики. 13. Эмоциональные состояния и методы их психодиагностики. 14. Организация взаимодействия врача и психолога в медицинском учреждении. 15. Стадии эмоционального выгорания. 16. Рекомендации по профилактике эмоционального выгорания.	УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3. УК-5.1. УК-5.2. УК-5.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.

***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 (https://minzdrav.gov.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 31.08.22 Психотерапия Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022.

5. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

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

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и

учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

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

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

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

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Педагогика» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение дисциплины «Педагогика» 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	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

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

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

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	УК-3, ОПК-3, ПК-1	ТЗ, КВ
Раздел 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	ОПК-3, ПК-1	КВ, ТЗ, П
Раздел 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	ОПК-3, ПК-1	КВ, ТЗ, П
Раздел 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии.	УК-4	КВ, ТЗ, П
Раздел 5. Психологические особенности больного.	УК-4	КВ, ТЗ, П
Раздел 6. Синдром эмоционального выгорания. Понятие «Эмоциональное выгорание».	УК-5	КВ, ТЗ, П
Подготовка реферативной работы	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1	Р

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

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

Универсальная компетенции – УК-3

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П КВ, из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение	Знает: - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из

результатов работы членов команды.	команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	КВ Корректное раскрытие темы в П	Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-3.3 Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Знает: - основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-4

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ социопсихологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: - основы социальной психологии	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом	Знает: - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5

социокультурных особенностей коллег и пациентов.	коллег и пациентов	темы в П	Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-5

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории.	Знает: - возможности профессионального и личностного развития; возможные риски при изменении карьерной траектории	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять приемы организации выбора направление собственного профессионального и личностного развития, минимизации возможных рисков при изменении карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-5.3 Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-3

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-3.1. Способен к осуществлению педагогической деятельности по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования.	Знает: - нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе медицинского образования	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - осуществлять отбор и использовать оптимальные методы преподавания, разрабатывать дидактические материалы и материалы для наглядной агитации, вести просветительскую работу среди населения, документировать	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания.	Знает: - цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать технологии проектирования образовательного процесса в зависимости от уровня образования и цели образовательного процесса, методиками педагогической диагностики, современными методиками проведения профилактических и просветительских мероприятий	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Профессиональные компетенции – ПК-1

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-1.1. Способность и готовность к осуществлению педагогической	Знает: - педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3

деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.	образовательным программам в организациях СПО и ДПО	темы в П	Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий.	Знает: - методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Знает: - методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

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

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные

	ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме 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 или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1.
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания

Тема 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования (Компетенции: УК-3, ОПК-3, ПК-1)

Контрольные вопросы

1. Дайте определение педагогике как науке.
2. Охарактеризуйте объект современной педагогической науки.

3. Охарактеризуйте предмет современной педагогической науки.
4. Проанализируйте эволюцию взглядов на объект педагогики как науки.
5. Сформулируйте задачи современной педагогической науки.
6. Покажите связь педагогики с другими науками.
7. Охарактеризуйте структуру педагогической науки.
8. Охарактеризуйте основные категории педагогики.
9. Раскройте функции педагогики как науки.
10. Методологическая культура педагога и ученого: общее и различное.
11. Раскройте цель и логику педагогического исследования.
12. Приведите примеры объектов научно-педагогического исследования.
13. Охарактеризуйте основные категории дидактики.
14. Назовите принципы и критерии отбора содержания общего образования.
15. Раскройте проблему содержания процесса воспитания.

Тестовые задания

1. Функции педагогической науки являются:
а) Теоретическая, технологическая
б) Контрольная, оценочная
в) Практическая, нормативная
г) Дидактическая; воспитательная

2. Предметом педагогики является:
а) Образование как реальный педагогический процесс
б) Воспитание и образование личности, рассматриваемые как социальное явление, педагогическая система, процесс, деятельность
в) Педагогическая деятельность, направленная на передачу культуры и опыта
г) Реальная общественная воспитательная практика формирования подрастающих поколений

3. Первые педагогические мысли встречаются в трудах:
а) Коперник, Ньютон
б) Галилей, Дж. Бруно
в) Сократ, Платон, Аристотель
г) Леонардо да Винчи

4. Воспитание - это
а) Процесс целенаправленного воздействия воспитателя на сознание и поведение воспитанника
б) Управление процессом развития и социализации личности
в) Процесс влияния на подрастающее поколение с целью передачи им культуры и опыта
г) Деятельность человека, направленная на саморазвитие

5. Развитие педагогики как науки определило:
а) Прогресс науки и техники
б) Забота родителей о счастье детей
в) Биологический закон сохранения рода
г) Объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду

6. Науки, входящие в систему педагогических:
а) Дидактика, психология, история, философия, школоведение
б) Общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов

в) Педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология
г) Общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология

7. Термин «педагогика» произошел от
а) латинского «ребенок» + «воспитывать»
б) греческого «ребенок» + «учить»
в) греческого «ребенок» + «водить»
г) латинского «ребенок» + «учить»

8. Педагогика как наука
а) сформировалась в Древней Греции в трудах Аристотеля
б) сформировалась в XX веке после появления работ Выготского
в) сформировалась в XVII веке в работах Коменского
г) сформировалась в XIX веке после работ Гобса

9. Целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности – это
а) образование,
б) развитие,
в) взросление
г) социализация

10. Метод воспитания – это
а) способ стимулирования развития воспитуемого путем предъявления ему эталона,
б) актуальный для определенного возраста способ формирования знаний, умений и навыков,
в) способ воздействия на сознание, волю и чувства воспитуемого с целью выработки у него определенных убеждений.

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)
1. Становление и развитие дидактики.
2. Педагогический процесс как целостное явление.
3. Понятие о педагогической системе.
4. Преподавание и учение.
5. Противоречия процесса обучения.
6. Индивидуальный стиль работы педагога.
7. Конструирование учебного материала.
8. Основные этапы овладения знаниями.
9. Учение как самостоятельная познавательная деятельность.
10. Модели обучения и деятельность «педагог-обучающийся» в разных моделях.
11. Цели и задачи медицинского образования на современном этапе.
12. Содержание образования как средство развития личности и формирования ее базовой культуры.
13. Образовательные стандарты медицинского образования.
14. Факторы, детерминирующие содержание образования.
15. Нормативные документы, регламентирующие содержание образования.

Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача (компетенции ОПК-3, ПК-1).

Контрольные вопросы
1. Охарактеризуйте традиционные образовательные технологии.
2. Раскройте возможности дистанционных образовательных технологий с возможностью

синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети интернет.
3. Представьте значение информационных технологий в образовательном процессе.
4. Приведите примеры применения информационных технологий в образовательном процессе.
5. Охарактеризуйте технологии проблемного обучения.
6. Представьте технологии концентрированного обучения.
7. Охарактеризуйте технологии модульного обучения.
8. Представьте технологии дифференцированного обучения.
9. Охарактеризуйте технологии активного обучения (инновационные).
10. Представьте технологии группового обучения.
11. Охарактеризуйте технологии игрового обучения.
12. Представьте здоровьесберегающие технологии.
13. Охарактеризуйте систему инновационной оценки «портфолио».
14. Представьте технологию проектов.
15. Охарактеризуйте экспертно-оценочные технологии.

Тестовые задания

1. Теория целостного педагогического процесса разработана:
а) Ю.К. Бабанским
б) М. Скаткиным
в) Г. Щукиной
г) В.А. Сластениным

2. Стержнем целостного педагогического процесса, является:
а) Содержание ЦПП
б) Формы организации ЦПП
в) Закономерности ЦПП
г) Цель ЦПП

3. Содержанием целостного педагогического процесса является:
а) Общечеловеческая культура
б) Знания, умения, навыки
в) Положительные качества личности
г) Совокупность мыслительных операций

4. Укажите этапы педагогического процесса:
а) Основной, подготовительный, пропедевтический
б) Прогностический, основной, корректирующий
в) Подготовительный, основной, заключительный
г) 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
1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии проблемного обучения
5. Технологии концентрированного обучения
6. Технологии модульного обучения
7. Технологии дифференцированного обучения
8. Технологии активного обучения (инновационные)
9. Технологии группового обучения
10. Технологии игрового обучения
11. Здоровьесберегающие технологии
12. Система инновационной оценки «портфолио»
13. Технология проектов
14. Экспертно-оценочные технологии
15. Принципы выбора технологии обучения для реализации образовательных программ.

Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача (компетенции ОПК-3, ПК-1).

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте ценностные основы современной педагогической науки.
2. Представьте классификацию педагогических ценностей.
3. Дайте определение педагогическому исследованию.
4. Охарактеризуйте принципы педагогического исследования.
5. Дайте определение педагогическому процессу.
6. Представьте педагогический процесс как систему.
7. Охарактеризуйте целевой компонент педагогического процесса.
8. Дайте характеристику содержательному компоненту педагогического процесса.
9. Охарактеризуйте деятельностный компонент педагогического процесса.
10. Охарактеризуйте организационно-управленческий компонент педагогического процесса.
11. Охарактеризуйте результативный компонент педагогического процесса.
12. Охарактеризуйте закономерности педагогического процесса.
13. Какова этимология слова «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

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-4).

Контрольные вопросы
1. Дайте определение психологии как науке.
2. Какова этимология слова «психология»? Вполне ли соответствует данное название предмету современной психологии?
3. Раскройте суть взаимосвязи педагогики и психологии.
4. Охарактеризуйте объект современной психологической науки.
5. Проанализируйте эволюцию взглядов на объект психологии как науки.
6. Сформулируйте задачи современной психологической науки.
7. Покажите связь психологии с другими науками.

8. Охарактеризуйте структуру психологической науки.
9. Охарактеризуйте принципы психологического исследования.
10. Представьте характеристику методам психологического исследования.
11. Покажите соотношение понятий «Психиатрия», «Психотерапия», «Психология», «Медицинская психология».
12. Дифференцируйте психические процессы, состояния и свойства.
13. Охарактеризуйте когнитивные психические процессы и методы их психодиагностики.
14. Раскройте принципы психологической диагностики в клинике.
15. Представьте сферы применения методов психодиагностики и психокоррекции.

Тестовые задания

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-4).

Контрольные вопросы
1. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (темперамент).
2. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (характер).
3. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (личность).
4. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (акцентуации характера).

5. Назовите виды эмоциональных состояний.
6. Дайте психологическую характеристику состоянию депрессии.
7. Дайте психологическую характеристику состоянию тревоги.
8. Представьте характеристику фобических реакций.
9. Раскройте особенности психологического взаимодействия с пациентом при наличии тревожных и депрессивных состояний.
10. Охарактеризуйте когнитивно-поведенческие методы коррекции тревожных и депрессивных состояний.
11. Дайте психологическую характеристику астенического состоянию.
12. Дайте психологическую характеристику состоянию агрессии.
13. Назовите виды агрессии.
14. Раскройте особенности психологического взаимодействия с пациентом при наличии у него агрессивных реакций.
15. Назовите методики психодиагностики эмоционально-негативных состояний.

Тестовые задания

1. Ипохондрическая реакция – это
а) тоска, грусть, суицидальные тенденции
б) демонстративное поведение
в) наличие навязчивых страхов
г) приписывание себе опасного заболевания, которого на самом деле нет
д) уход от болезни в работу

2. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется:
а) дезадаптацией
б) психопатией
в) акцентуацией
г) темпераментом
д) фрустрацией

3. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для
а) паранойяльного типа отношения к болезни
б) ипохондрического типа отношения к болезни
в) апатического типа отношения к болезни
г) дисфорического типа отношения к болезни
д) меланхолического типа отношения к болезни

4. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:
а) сенситивного типа отношения к болезни
б) меланхолического типа отношения к болезни
в) паранойяльного типа отношения к болезни
г) дисфорического типа отношения к болезни
д) эргопатического типа отношения к болезни

5. «Уход от болезни в работу», стремление не утратить работоспособность является характеристикой:
а) паранойяльного типа отношения к болезни
б) сенситивного типа отношения к болезни

в) эргопатического типа отношения к болезни
г) дисфорического типа отношения к болезни
д) тревожного типа отношения к болезни

6. Тип акцентуации, основными особенностями которого являются повышенная активность, общительность, высокий жизненный тонус, называется:
а) демонстративный
б) гипертимный
в) эмоциональный
г) возбудимый
д) педантичный

7. Наилучшим типом темперамента является
а) холерический
б) сангвинический
в) флегматический
г) меланхолический
д) по отношению к темпераменту не применяются оценочные критерии

8. И. П. Павловым типы темперамента выделялись на основании критерия:
а) фиксации на различных стадиях психосексуального развития
б) типа конституции
в) социальной ситуации развития
г) типа нервной системы
д) преобладающего типа жидкости в организме

9.Интерпсихическая (межличностная) направленность дезадаптации имеет место при наличии следующих типов отношения к болезни
а) эргопатического и анозогнозического
б) эгоцентрического, дисфорического, паранойяльного
в) тревожного, ипохондрического
г) меланхолического, апатического
д) гармоничного

10.Психическая и социальная адаптация существенно не нарушается при следующих типах отношения к болезни
а) при тревожном
б) при эгоцентрическом, дисфорическом
в) при ипохондрическом, меланхолическом, сенситивном
г) при гармоничном, эргопатическом, анозогнозическом
д) при неврастеническом

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Соотношение понятий «характер» и «личность», «характер» и «темперамент».
2. Теории и типологии характера.
3. Формирование черт характера в онтогенезе. Проблема переформирования черт.
4. Проблема воспитания и самовоспитания характера.
5. Понятие акцентуированного характера. Отличия «нормального», акцентуированного и психопатического характера.
6. Типологическая модель акцентуаций характера.
7. Понятие темперамента. Свойства и типы темперамента.
8. Нейропсихологический подход к изучению темперамента.

9. Психологические защиты и совладающее поведение.
10. Общее понятие о личности в психологии.
11. Структура личности.
12. Эмоциональное состояние: психологическая характеристика.
13. Типология эмоциональных состояний.
14. Раскройте особенности психологического взаимодействия с пациентом при различных эмоциональных состояниях.
15. Методики психодиагностики эмоционально-негативных состояний.

Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика (компетенция УК-5**).**

Контрольные вопросы

1. Дайте определение эмоции.
2. Раскройте психологический, физиологический и экспрессивный компоненты эмоций.
3. Покажите обусловленность эмоций потребностями и ситуацией.
4. Назовите функции эмоций.
5. Раскройте проблему биологической целесообразности эмоций.
6. Покажите соотношение эмоции и мотивации.
7. Раскройте классификацию видов эмоциональных явлений.
8. Дайте определение понятию «Эмоциональное выгорание».
9. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
10. Назовите факторы, приводящие к развитию синдрома эмоционального выгорания.
11. Представьте личностные особенности, способствующие формированию эмоционального выгорания.
12. Перечислите стадии эмоционального выгорания.
13. Дайте рекомендации по профилактике эмоционального выгорания.
14. Раскройте риски эмоционального выгорания в работе врача.
15. Покажите риски эмоционального выгорания на разных этапах профессиональной карьеры врача.

Тестовые задания

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.
Ад) Все ответы неверны.

10. Какие изменения происходят в организме человека при наличии у него переживаний:
а) Никаких изменений, только само переживание.
б) Изменяются показатели многих функциональных систем организма.
в) Изменяются только параметры сердечной деятельности.
г) Нет правильного ответа.

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Понятие мотивации. Соотношение эмоции и мотивации.
2. Биологическая и социальная мотивация.
3. Потребности, влечения, желания, намерения.
4. Общая характеристика психологии эмоций.
5. Связь эмоций с потребностями и ситуацией.
6. Основные функции эмоций.
7. Регуляция страха, тревоги и паники.
8. Методы регуляции состояния счастья, радости, удовлетворенности, комфорта.
9. Методы формирования резистентности к стрессу и фрустрационной толерантности.
10. Состояние агрессии и его регуляция.
11. Риски синдрома эмоционального выгорания в работе врача.
12. Риски эмоционального выгорания на разных этапах профессиональной карьеры врача.
13. Синдром эмоционального выгорания
14. Ситуационные и личностные факторы формирования эмоционального выгорания
15. Приемы профилактики эмоционального выгорания.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Темы рефератов (компетенции УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1)

1. Понятие о педагогике как науке.
2. Методы педагогического исследования.
3. Образование как общественное явление и педагогический процесс.
4. Развитие личности как педагогическая проблема. Роль воспитания и обучения в формировании личности.
5. Становление дидактики как науки. Предмет и задачи современной дидактики.
6. Сущность, движущие силы, противоречия и логика процесса обучения.
7. Современные дидактические концепции.
8. Содержание образования как фундамент базовой культуры личности.
9. Нормативные документы, регламентирующие содержание образования.
10. Методы, приёмы и средства обучения.
11. Урок как основная форма обучения.
12. Формы организации учебно-познавательной деятельности.
13. Внеурочная работа по предмету.
14. Инновационные образовательные процессы.
15. Типология и многообразие образовательных учреждений в РФ.
16. Сущность процесса воспитания. Принципы и содержание воспитания.
17. Базовые теории воспитания и развития личности.
18. Закономерности воспитательного процесса.
19. Понятие о методах, приёмах и средствах воспитания.
20. Ученический коллектив как объект и субъект воспитания. Формирование и развитие ученического коллектива.
21. Понятие о воспитательной системе. Этапы становления воспитательной системы.
22. Цели и задачи медицинского просвещения среди различных групп населения.
23. Цели и задачи непрерывного образования в медицинском сообществе.
24. Принципы, методы и формы просветительской деятельности врача.
25. Специфика целевой аудитории медико-просветительских проектов и ее потребности.
26. Сравнительный анализ рефлексивно-деятельностной и информационно-пассивной парадигм обучения: цели, методы, позиции преподавателя и учащихся, результат обучения
27. Психологические особенности аудитории и характеристика стадий процесса установления контакта с ней
28. Принцип учета возрастных и профессиональных особенностей, обучающихся в программах медицинского образования и просвещения.
29. Общие представления об андрагогике и основные принципы обучения взрослых
30. Принцип учета и формирования мотивации к обучению в реализации образовательных программ.
31. Требования к профессиональной квалификации преподавателя медицинских дисциплин и ведущего медико-просветительских проектов
32. Профессиональное развитие врача: этапы, мотивация, возможности.
33. Профессиональная идентичность врача.
34. Общедидактические принципы обучения
35. Этапы разработки учебного курса или медико-просветительской программы
36. Организационные и правовые основания медицинского образования РФ
37. Формы учебных занятий в медицинском образовании

38. Материально-технические требования к оснащению различных видов занятий в медицинском образовании
39. Особенности дистанционного формата обучения в медицинском образовании и при реализации медико-просветительских программ
40. Специфика лекции как формы обучения и психологического просвещения
41. Требования к структуре и содержанию лекционного материала
42. Методика чтения лекции и параметры оценки ее эффективности
43. Характеристика основных форм практических занятий: семинары и практикумы
44. Принципы разработки учебных задач к практическим занятиям
45. Методика проведения лабораторных занятий в медицинском образовании
46. Методика организации и управления учебной дискуссией на практических занятиях
47. Виды наглядности в медицинском образовании: предметная, изобразительная и словесная – и их характеристика
48. Педагогическое общение как фактор управления обучением
49. Учебная деятельность: определение понятия, структура, роль преподавателя в её организации
50. Развивающее обучение: определение понятия, структура, возможности применения в вузе
51. Проблемное обучение: определение, задачи, формы, технология
52. Основные понятия теории проблемного обучения: проблемный вопрос, проблемная задача; проблемная ситуация (структура, виды), проблемное задание
53. Психологические основы интерактивных методов обучения
54. Педагогический контроль и самоконтроль: определение, функции, методические приёмы осуществления
55. Принципы и типы оценивания, виды и формы проверки знаний и умений обучающихся.
56. Методика организации и управления самостоятельной учебной деятельностью обучающихся.
57. Психология как наука, специфика общей психологии. Структура современной психологической науки.
58. Роль психологических знаний в профессиональной деятельности врача.
59. Психологическая культура общества и роль психологии в решении задач в сфере охраны здоровья и смежных с ней областей.
60. Место психологии в системе наук о человеке.
61. Фундаментальная, прикладная, популярная, практическая и житейская психология – их соотношение.
62. Специфика психологического знания.
63. Психика человека и ее функции.
64. Структура и многоуровневая организация психики.
65. Психическое — базисное понятие психологии. Специфика психических явлений и трудности их изучения.
66. Психофизическая и психофизиологическая проблема.
67. Основные формы психических явлений – психические процессы, состояния и свойства.
68. Структура психического (сферы психики): когнитивная, аффективная, регулятивная.
69. Режимы функционирования психики.
70. Сознание и неосознаваемое.
71. Неосознаваемые побудители сознательных действий.
72. Основные этапы развития представлений о предмете психологии.
73. Основные психодинамические концепции.

74. Бихевиоризм и поведенческая психология.
75. Гештальтпсихология.
76. Гуманистическая психология.
77. Когнитивная психология.
78. Экзистенциальная психология.
79. Культурно-историческая психология.
80. Деятельностный подход в психологии.
81. Общие принципы научно-психологического познания.
82. Этапы психологического исследования.
83. Классификация методов психологического исследования.
84. Эмпирические методы психологического исследования.
85. Эксперимент как метод психологии.
86. Обсервационные методы в психологии.
87. Проблема возникновения и развития психики.
88. Психика и эволюция нервной системы.
89. Эволюция психики в фило- и онтогенезе.
90. Культурно-историческая природа психики.
91. Понятие высших психических функций.
92. Происхождение и развитие сознания.
93. Теории психической регуляции.
94. Структура и виды деятельности.
95. Практическая психология и ее задачи.
96. Роль психологии в системе наук о человеке.
97. Виды ощущений. Сенсорная организация человека. Виды порогов и чувствительность.
98. Характеристики образа восприятия: предметность, целостность, константность, обобщенность.
99. Психологические представления о воображении.
100. Память как сквозной психический процесс: ее функции, виды и процессы. Основные характеристики памяти и методы их исследования.
101. Внимание как сквозной психический процесс.
102. Виды внимания: его характеристики и методы их диагностики.
103. Операциональная природа мышления. Виды мышления. Фазы мыслительного процесса.
104. Виды мыслительных операций. Стадии формирования понятия (по Л.С. Выготскому).
105. Отношения мышления и речи. Роль внутренней речи в процессе мышления (по А.Н. Соколову). Методы исследования внутренней речи.
106. Язык и речь: виды речи и ее функции.
107. Эмоции: их физиологические механизмы и психологические функции. Психологические теории эмоций.
108. Классификация эмоций. Эмоции и чувства. Способы управления эмоциями.
109. Психические состояния и их классификация.
110. Диагностические и прогностические возможности интеллектуального тестирования (краткая характеристика основных интеллектуальных тестов).
111. Понятие креативности. Дивергентное и конвергентное мышление.
112. Воля как высший уровень психической регуляции. Основные теории воли.
113. Нейродинамические, конституциональные и половозрастные и особенности человека.
114. Общая характеристика темперамента и его свойств.
115. Различные подходы к изучению темперамента и его свойств.
116. Характер: свойства, детерминация, формирование.

117. Теории типов и черт характера.
118. Акцентуации характера. Патологии характера.
119. Способности: природа, типология, формирование и развитие.
120. Направленность личности.
121. Потребности, мотивы, мотивация. Ценностные ориентации.
122. Понятия «индивид», «личность», «субъект деятельности», «индивидуальность» в психологии.
123. Развитие сознания и самосознания в онтогенезе. Функции самосознания: самопознание, самоотношение и саморегуляция.
124. «Я-концепция»: структура, этапы формирования, функции и механизмы защиты.
125. Значение знания о личности в профессиональной деятельности врача.
126. Структура личности: подходы и модели.
127. Жизненный путь личности: исследования и описания процессов социализации и 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 (компетенции УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1)

1. С каким из видов барьера взаимопонимания людей мы встречаемся, если общаются «подлый и порядочный», «добрый и злой»?
а) моральный барьер
б) мотивационный барьер
в) барьер несходства характеров

2. Что составляет сущность процесса обучения?
а) целенаправленный процесс организации и стимулирования активной учебно-познавательной деятельности учащихся по овладению знаниями, умениями и навыками, развитию творческих способностей и нравственных этических взглядов
б) передача знаний от учителя к ученикам с целью социальной адаптации и подготовки их к жизни
в) организация самостоятельной учебной работы учеников с целью овладения знаниями, умениями и навыками

3. Что не является отраслью педагогики?
а) эстетика
б) коррекционная педагогика
в) тифлопедагогика
г) андрогогика

4. Что подразумевает процесс целеполагания?
а) постановку целей
б) обоснование и постановку целей
в) постановку правильной цели
г) согласование целей

5. Кто выделил педагогику как самостоятельную науку?
а) Демокрит
б) Ян Амос Каменский
в) Джон Локк
г) К.Д. Ушинский

6. Мировоззрение и профессиональные интересы являются основным новообразованием следующего возраста...
а) дошкольного
б) младшего школьного
в) подросткового
г) юношеского

7. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?
а) реферат
б) наблюдение
в) ролевая, деловая игра
г) тест

8. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?
а) реферат
б) наблюдение
в) метод кейса
г) тест

9. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?
а) реферат
б) наблюдение
в) симуляционное обучение
г) тест

10. Кто не является ученым-педагогом?
а) К.Д. Ушинский
б) А.С. Макаренко
в) Л.С. Выготский

11. Что из перечисленного не относится к особенностям обучения взрослых?
а) учет широты и вариативности образовательных запросов
б) практикоориентированный характер учебного процесса
в) учет фактора времени, обучение в сжатые сроки
г) краткое повторное изложение сокращенного варианта вузовского занятия

12. Беседа, лекция, проблемная ситуация, практикум, упражнение – это...
а) методы
б) формы
в) средства
г) технологии

13. Какой принцип является ключевым для современного медицинского образования?
а) образование на всю жизнь
б) образование как залог карьеры
в) образование через всю жизнь

14. Какой тренд современной цивилизации активно влияет на развитие системы образования?
а) цифровизация
б) национальная идентичность
в) индустриализация

15. Какую цель ставит перед собой современная педагогика?
а) формирование естественнонаучной картины мира
б) формирование продуктивных действий
в) формирование традиционной системы ценностей

16. Какой этап является начальным для метода проектирования?
а) реферирование источников
б) проблематизация
в) отбор методик

17. Что является главным критерием образованности?
а) системность
б) глубокое знание одной дисциплины
в) хорошая память
г) методологическая база

18. Процесс воспитания – это:
а) целенаправленный и организованный процесс формирования личности
б) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, взглядов и убеждений, нравственных ценностей
в) передача накопленного опыта от старших поколений к младшим

19. Узнайте ключевое понятие педагогики: «Конкретный вид педагогического процесса, в ходе которого под руководством специально подготовленного лица реализуются общественно обусловленные задачи образования личности; процесс непосредственной передачи и приема опыта поколений во взаимодействии педагога и обучающегося».
а) обучение
б) профессиональная ориентация
в) социализация

20. Какие отношения между педагогом и обучающимся предполагает современная педагогика?
а) субъект-объектные
б) субъект-субъектные
в) отстраненные

21. Какой дидактический принцип эффективен в пропаганде здорового образа жизни и в профилактической деятельности врача?
а) принцип наукоемкости
б) принцип обратной связи
в) принцип наглядности

22. Что является основной целью процесса воспитания?
а) ориентация на ценности, которые будут приоритетны для человека

б) развитие чувств, интуиции, воспитание души
в) развитие человеческого «Я»

23. Какие методы являются традиционными в педагогике?
а) мониторинг и контент-анализ
б) ролевые игры
в) наблюдение и изучение опыта

24. К какой отрасли педагогики относится тифлопедагогика?
а) коррекционная педагогика
б) профессиональное обучение (по отраслям)
в) социальная педагогика
г) отраслевая педагогика

25. К какой отрасли педагогики относится медицинская педагогика?
а) специальное (дефектологическое) образование
б) профессиональное обучение (по отраслям)
в) социальная педагогика
г) отраслевая педагогика

26. На кого нацелена 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 перечисленные ответы неверны: И.М. Сеченовым в 1863 г.; И.П. Павловым в 1895 г.; В.М. Бехтеревым в 1885 г.

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Педагогика»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Педагогика» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры гуманитарных наук и на заседания 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

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 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 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

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. Психотерапия 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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**СОВРЕМЕННЫЕ IT- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (наименование направленности)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра математики и естественнонаучных дисциплин** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**6 час.**
Занятия семинарского типа	**12 час.**
Всего аудиторной работы	**18 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**54 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час. /зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Фаткин Александр Юрьевич	к.х.н.	Доцент кафедры математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры математики и естественнонаучных дисциплин.

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2/204.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Сформировать у ординаторов знания и умения по обработке информации: поиску, получению, очистке, изменению и передаче информации с помощью компьютерных технологий и умение использовать полученные знания на практике.

Задачи изучения дисциплины:

1. 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» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы критического анализа и оценки современных научных достижений, - методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях; - методы научно-исследовательской деятельности	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - критически анализировать и оценивать современные научные достижения - анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: - методы научно-исследовательской деятельности - технологии планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - выбирать и применять в профессиональной деятельности экспериментальные и расчетно-теоретические методы исследования	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности.	Знает: -основные правовые средства защиты информации -особенности российского законодательства по защите персональных данных в области здравоохранения	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - использовать МИС в своей профессиональной деятельности	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Знает: - Информационные системы в здравоохранении (цели и основные направления применения). Понятие и назначение МИС -Структурно-организационная и функциональная классификация МИС	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		ОПК-1.3 Использует телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению	Знает: -основные направления и возможности современной телемедицины - регламентирующие документы по телемедицине	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: -использовать телемедицинские технологии для проведения консультаций, участия в телеконференции -представление об организации дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с базами данных	Знает: основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов, организации исследовательской, проектной и иной деятельности, соответствующей научной области и области профессиональной деятельности	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: – использовать информационные системы в здравоохранении; – применять компьютерные методы обработки данных в медицине.	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Знает: - основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; - подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок, учебной и научной деятельности.	Знает: - особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах - презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: -выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику; -презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории.	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**36**	36
Из них:			
Занятия лекционного типа		**6**	6
Занятия семинарского типа		**12**	12
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**

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	1	2	9	12	4
Раздел 2. Процедуры обработки информации	1	2	9	12	4
Раздел 3. Средства обработки информации	1	2	9	12	4
Раздел 4. Защита данных	1	2	9	12	4
Раздел 5. Базы данных	1	2	9	12	6
Раздел 6. Автоматизация обработки данных	1	2	9	12	8
ИТОГО	**6**	**12**	**54**	**72**	**30**

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

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия*	Оценочные средства для текущего контроля **
1.	Введение в ИТ.	1	Элементы знаний из философии, математики и НИР, необходимые для изучения ИТ. Взаимосвязи ИТ с предшествующими и последующими дисциплинами. Базовые понятия и процедуры ИТ.	УК-1.1. УК-1.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ
2.	Процедуры обработки информации	1	Поиск, получение, очистка, обработка и передача информации из различных источников. Базовые структуры данных и методы их обработки прикладными программными средствами для решения медицинских задач	ПК-2.2. ПК-2.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ
3	Средства обработки информации	1	Обзор возможностей Microsoft Office для обработки и структурирования данных. Возможности и ограничения обработки данных текстовыми, графическими и табличными приложениями. Альтернативные приложения	ОПК-1.1. ОПК-1.2 ОПК-1.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
4	Правовая и информационная защита данных	1	Основные вопросы информационной безопасности, особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным	ОПК-1.2.	мультимедийная аппаратура,	КВ
5	Базы данных	1	Системы управления базами данных (БД). Нормализация реализационной БД. Правила Кодда и структура базы данных.	ПК-2.1. ПК-2.2.	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
6	Автоматизация обработки данных	1	Использование программных средств для автоматизации и визуализации данных.	ПК-2.2. ПК-2.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
ИТОГО в час.		**6**				

** ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания П-презентация и др.*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
1.	**Семинар**	Введение в ИТ.	2	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-1.1. ОПК-1.1. ПК-2.2.	КВ
2.	**Семинар.**	Процедуры обработки информации	2	2	Базовые структуры данных и методы их обработки прикладными программными средствами для решения прикладных задач **ПП:** поиск, получение, очистка , обработка и передача медико-биологической информации.	УК-1.1. УК-1.3 ОПК-1.1.	КВ
3	**Практическое занятие**	Средства обработки информации	2	2	Практическая работа по поиску, получению, очистке, обработке и передаче информации между различными приложениями **ПП:** обработка структурированных мед. данных	ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	КВ, КЗ
4	**Семинар.**	Правовая и информационная защита данных	2	2	Основные вопросы информационной безопасности, особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным **ПП:** защита медицинских данных	ОПК-1.1. УК-1.1. УК-1.3. ОПК-1.3.	КВ
5	**Практическое занятие**	Базы данных	2	2	Создание учебного проекта**.** Разработка структуры и создание базы данных. **ПП:** База медико-биологических данных	УК-1.1. ПК-2.1.	КВ, КЗ
6	**Практическое занятие**	Автоматизация обработки данных	2	2	Практика обработки медицинских данных в **KNIME** **ПП:** автоматизация производственной деятельности	УК-1.1. УК-1.3. ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	КВ, КЗ
ИТОГО			**12**	**12**			

* ***Формы проведения занятий семинарского типа:*** *семинар, семинар-практикум, практическое занятие*

*****Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания.*

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1	Введение в ИТ.	9	3	Повторение знаний из философии, математики и НИР, необходимых для изучения ИТ. Система наук и её структура. Основные понятия и процедуры ИТ	УК-1.1. ОПК-1.1. ПК-2.2.	*КВ*
2	Процедуры обработки информации	9	3	Базовые структуры данных и методы их обработки	УК-1.1. УК-1.3 ОПК-1.1.	*КВ*
3	Средства обработки информации	9	3	Подготовка к практической работа по поиску, получению, очистке, обработке и передаче информации между различными приложениями	ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	*КВ*
4	Правовая и информационная защита данных	9	3	Особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным	ОПК-1.1. УК-1.1. УК-1.3. ОПК-1.3.	*КВ*
5	Базы данных	9	3	Создание базы данных в Access	УК-1.1. ПК-2.1.	*КЗ*
6	Автоматизация обработки данных	9	3	Практика обработки медицинских данных в **KNIME**	УК-1.1. УК-1.3. ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	*КЗ*
ВСЕГО		**54**	**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 или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора

	достижения компетенции
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Тестовые задания
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Тестовые задания
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Тестовые задания

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – *зачет*

Этапы проведения промежуточной аттестации:

К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, не имеющие задолженностей по занятиям лекционного и семинарского типа и внеаудиторной самостоятельной работе, показавшие положительные вопросы по всем видам текущего контроля: контрольным вопросам, контрольным заданиям и представлением презентаций по темам самостоятельной работы.

Аттестация проводится в виде теста. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут. Тест считается пройденным при правильном ответе на 70% вопросов.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Типовые контрольные вопросы:

Раздел1. Введение в ИТ (индикаторы компетенций - УК-1.1., ОПК-1.1., ПК-2.2.)

1. Каково место ИТ в системе наук?
2. Какие основные Задачи и средства ИТ?

Раздел 2. Процедуры обработки информации (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.1.)

3. Поиск, получение, очистка, обработка и передача информации
4. Какие вы знаете источники информации?

Раздел 3. Средства обработки информации (компетенции - ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

5. Система приложений Microsoft Office: Word, Excel, PowerPoint, Access.
6. Основные возможности и ограничения текстового редактора.
7. Основные возможности и ограничения табличного редактора.
8. Основные возможности и ограничения графического редактора.
9. Основные возможности и ограничения базы данных.
10. Альтернативы Microsoft Office. Их преимущества и недостатки.
11. Глобальные и локальные компьютерные сети. Облачные сервисы.

Раздел 4. Правовая и информационная защита данных (индикаторы компетенций - ОПК-1.1. УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.3.)

12. Электронно-цифровая подпись.
13. Основные правовые средства защиты информации.
14. Особенности российского законодательства по защите персональных данных.
15. Особенности защиты медицинских данных.

Раздел 5. Основы управления базами данных (индикаторы компетенций - УК-1.1., ПК-2.1.)

16. Элементы базы данных.
17. Возможности и ограничения баз данных.
18. Нормализация реляционной БД.
19. Правила Кодда и структура базы данных.
20. Автоматизированное рабочее место врача.

Раздел 6. Технологии автоматизации обработки данных (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ПК-2)

21. Понятие предметной области
22. Понятие алгоритма.
23. Разработка алгоритма решения задачи
24. Выбор программных средств
25. Структуры данных
26. Автоматизации обработки данных.
27. Выбор языка программирования.
28. Цикл разработки программы

Типовые контрольные задания:

Примерные перечень контрольных заданий (КЗ) для практических занятий и семинаров (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., - ОПК-1.1., ОПК-1.2, ОПК-1.3.)

1. Нарисуйте схему взаимосвязи медицины с естествознанием и гуманитарными науками и определите в этой схеме место Информационных технологий. индикаторы компетенций - УК-1.1)
2. Изобразите в виде схемы процесс обработки информации о пациенте. (компетенции - ПК-2.2.)
3. Перечислите известные вам приложения Microsoft Office и опишите сферу применения каждого приложения медицине. (индикаторы компетенций - ОПК-1.1.)
4. Напишите список вредоносных программ, которые вы знаете, и назовите основную опасность каждой из них (индикаторы компетенций - ОПК-1.2.)
5. Изобразите средствами PowerPoint диаграмму Ганта процесса сдачи зачета. (индикаторы компетенций компетенции - ПК-2.3)
6. Создайте в Word структуру основных разделов научной статьи. (индикаторы компетенций - ОПК-1.2.)
7. Создайте в Excel график, имитирующий сердечный ритм. (индикаторы компетенций - ПК-2.3.)
8. Создайте на языке Python скрипт, считающий полное число лет при вводе даты рождения пациента. (индикаторы компетенций и - ПК-2.2.)

Примерный перечень контрольных заданий (КЗ) для самостоятельной работы (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., - ОПК-1.1., ОПК-1.2, ОПК-1.3.)

1. Место информационных технологий в системе наук. Понятие об информации и структуре данных, Определение системы и системный подход в ИТ. Процедуры обработки информации: поиск, получение, очистка, обработка и передача информации из различных источников
2. Средства обработки информации. Базовый набор приложений и основные возможности каждого из приложений для обработки данных.
3. Правовая и информационная защита данных. Основные нормативные документы и базовые средства защиты данных.

4. Структура, элементы и основные процедуры управления базами данных.
5. Процедуры подготовки, оформления и публикации: презентаций, докладов, статей.
6. Элементы документооборота. Понятие документа, их виды и маршрута его прохождения. Основные процедуры обработки документов.
7. Технологии автоматизации обработки данных Понятие алгоритмизации задач с помощью программных средств.
8. Применение ИТ в практике медицинских исследований. Основные приложения и программные средства для обработки данных.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *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 (https://minzdrav.gov.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. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454992.html
2. Искусственный интеллект и логические нейронные сети: учеб. пособие / Барский А. Б. - СПб: ИЦ Интермедия, 2019. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785438301554.html
3. Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации / Джайн К. К., Шарипов К. О. - М.: Литтерра, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503437.html
4. Информатика, медицинская информатика, статистика: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459218.html

Дополнительная литература:

1. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г. Н. Царик — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.html
2. 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
3. Введение в нейронные сети / Барский А. Б. - М.: Национальный Открытый Университет "ИНТУИТ", 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/intuit_060.html
4. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению (с применением медицинских информационных систем, компьютерных и телемедицинских технологий) / И.Н. Денисов, Д.И. Кича, В.И. Чернов и др. — 2-е изд., испр. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/3038

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. 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» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

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

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

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

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

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

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении»

соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

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

Приложение №1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«Современные IT-технологии в здравоохранении »

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«СОВРЕМЕННЫЕ IT- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1 Введение в ИТ	УК-1.1., ОПК-1, ПК-2.2.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 2 Процедуры обработки информации	УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 3 Средства обработки информации	ПК-2.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 4 Защита данных	УК-1.1., УК-1.3, ОПК-1	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 5 Базы данных	УК-1.1., ПК-2.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 6 Автоматизация обработки данных	УК-1.1., УК-1.3., ПК-2.	КВ, КЗ, ТЗ

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

1. **В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции (индикаторы достижения компетенций):**

УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.

УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.

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

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

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

Универсальные компетенции – УК-1.

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	**Знает** методы анализа информации в области медицины и фармации	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разделов № 1,2,4, 5, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет критически оценивать достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	**Знает** методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,4, 6 Для промежуточной аттестации:
	Умеет использовать методы и приёмы системного анализа информации в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-1.

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности.	**Знает** основы структуры медицинских информационных системы (МИС). Знает правила информационной безопасности	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: МИС qMS; КВ из разделов № 2,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет использовать медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: МИС qMS; КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	**Знает,** как использовать современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет использовать современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации:
ОПК-1.3. Способен использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению.	**Знает** основы телемедицинских технологий при организации оказания медицинской помощи населению	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 4 Для промежуточной аттестации:
	Умеет использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции – ПК-2.

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	**Знает** устройство современных компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из радела 3,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет использовать современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	**Знает** основы статистического анализа данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных зада	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 1, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок, учебной и научной деятельности	**Знает** современные компьютерные технологии для представления результатов новых разработок, учебной и научной деятельности	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разд. 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет применять современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок, учебной и научной деятельности	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов для текущего контроля и промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания			
	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Выполнение контрольных заданий	Презентаций в рамках самостоятельной работы
Не зачтено	Неполный ответ (отсутствие ответа) на основной вопрос. Неполный ответ (отсутствие ответа) на уточняющие дополнительные вопросы.	70% и менее	Контрольные задания не зачтены	Тема не раскрыта и выбор источников не обоснован. Выводы не соответствуют практической значимости.
Зачтено	Полный ответ, или правильный ответ на уточняющие вопросы.	71-100%	Контрольные задания зачтены	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре презентации соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, не имеющие задолженностей по занятиям лекционного и семинарского типа и внеаудиторной самостоятельной работе, показавшие положительные вопросы по всем видам текущего контроля: контрольным вопросам, контрольным заданиям и представлением презентаций по темам самостоятельной работы.

Аттестация проводится в виде теста.

1. Тест включает в себя 25 вопроса из материалов 6 лекций и 6 семинаров.
2. Необходимо выбрать один правильный или один неправильный вариант ответа на вопрос теста.

3. На тест отводится 25 минут.
4. Тест считается пройденным при правильном ответе на 70% вопросов.

Допускается одна попытка сдачи теста.
Результаты берутся по одной попытке.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Перечень контрольных вопросов (КВ) на семинарских и практических занятиях

Тема 1. Введение в ИТ (УК-1.1, ОПК-1.2, ПК-2.2)

1. Как, согласно Артемию Лебедеву, надо строить свою систему знаний?
2. Что включает в себя система мировоззрения?
3. Чем занимаются информационные технологии?
4. Возьмите лист бумаги и нарисуйте структуру системы знаний.
5. Напишите, своими словами, чем занимаются: Философия, Естествознание, Гуманитарные науки, Логика, Математика, ИТ, Медицина, Этика, Право.
6. Критерии проверки логических построений?
7. Сформулируйте 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 (УК-1.1, УК-1.3, ОПК-1)

Нарисуйте схему подсистемы ИТ.

1. Нарисуйте подсистему Информации.
2. Дайте определение понятиям: факт, понятие, документ, данные?
3. Опишите переход от «Явления» к «Сущности».
4. Напишите атрибуты категорий «Явление и сущность».
5. Чем отличается закономерность от закона?
6. Дайте определения понятий «Возможность» и «Действительность»
7. На каких сайтах вы можете осуществлять поиск медицинской информации?
8. Напишите известные вам операторы интернет запросов Google.
9. Расскажите, для чего используются написанные вами операторы поиска
10. Опишите атрибуты категорий «Количество» и «Качество».
11. Нарисуйте схему шкал данных. Приведите примеры шкал
12. Нарисуйте структуру связей в понятие «Данные».
13. Нарисуйте схему очистки данных.
14. Нарисуйте схему верификация данных.
15. Что такое нормальное распределение данных?
16. Напишите формы хранения данных
17. Какие вы знаете типы публикаций данных?
18. Приставки кратных и дольных единиц (Повторение)
19. Греческие буквы (Повторение)

Тема 3. Средства обработки информации (ПК-2)

1. Нарисуйте схему подсистемы ИТ.
2. Что дало изобретение книгопечатания?
3. Нарисуйте схему работы компьютерной сети
4. Что делает операционная система?
5. Какие вы знаете операционные системы?
6. Напишите названия известных вам офисных систем
7. Опишите сходства и различие известных вам офисных систем
8. Напишите основные приложения Microsoft Office
9. Напишите обобщенные названия приложений во всех офисных системах
10. Какова миссия приложения MS Project?
11. Назовите основные отличия языков: R, Python, KNIME, SQL
12. Для чего используются базы данных в медицине?
13. Какие типы баз вы знаете?
14. Что такое нормализация базы данных?
15. Что такое АРМ? Какие документы проходят через АРМ врача?
16. Дайте определение понятия Документ
17. Для чего в медицине используются документы?
18. Для чего в медицине используется приложение Statistica?
19. Как происходит очистка данных? (Повторение)
20. Дайте определение понятия Модель (Повторение)

Тема 4. Правовая и информационная защита данных (ОПК-1.1, УК-1.1, УК-1.3, ОПК-1.3)

1. Дайте определение понятия Право
2. Дайте определение понятия Правопорядок
3. Чем определяется уровень правосознания?
4. Какие вы знаете документы, обеспечивающие защиту авторских прав?
5. Какие пункты включает Статья 146 УК. Нарушение авторских и смежных прав?
6. Какое наказание может быть за неправомерный доступ к компьютерной информации?
7. Какие виды лицензий на ПО вы знаете?
8. Как можно нарушить авторские права?
9. Что такое конфиденциальность?
10. Опишите статьи в Конституции РФ, обеспечивающие защиту конфиденциальности, и свободу слова.
11. Какие требования к защите персональных данных касаются медицины?
12. Дайте определения ИТ понятий: Конфиденциальность, Целостность, Доступность.
13. Дайте определения понятий: Угроза, Уязвимость, Риск.
14. Перечислите известные вам угрозы появляющиеся с помощью ПО
15. Дайте определения понятиям: Идентификация, Аутентификация, Авторизация.
16. Перечислите права доступа в системе безопасности.
17. Для чего используется социальная инженерия?
18. Напишите определения термина Презентация.
19. Какие эмоции вы хотите вызвать в своей презентации?
20. Опишите основные элементы регламента презентации
21. Какие обязательные слайды должны быть в презентации?
22. Для чего и как делают ссылки в презентации?
23. Основные направления и возможности современной телемедицины

Тема 5. Основы управления базами данных (УК-1.1 ПК-2.1)

1. В чем различие проектов в инженерной и управленческой деятельности?
2. Напишите возможный состав рабочей группы от Заказчика проекта
3. Напишите возможный состав рабочей группы от Исполнителя проекта
4. Напишите наименование укрупненных этапов проекта.
5. Нарисуйте основные фазы и этапы проекта
6. Что описывается в 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 (УК-1.1, УК-1.3, ПК-2)

1. Напишите определение автоматизации
2. Дайте определение деятельности
3. Нарисуйте основную схему деятельности
4. Какие цели в проекте ставят ученый, инноватор и предприниматель?
5. Чем деятельность ученого отличается от других деятельностей?
6. Критерий, который отделяет истинное от ложного в науке?
7. Нарисуйте схему четырех движущих сил индустриальных революций
8. Как связаны индустриальные революции и революции обучения?
9. Какие вы знаете ценности по Маслоу? (Примеры)
10. Структура сознания и осуществление цели
11. Опишите, когда надо покупать ПО, а когда его дешевле разработать?
12. Дайте определения ИТ понятиям: Тест, Программный код, Интерфейс
13. Какие есть типы языков программирования?
14. Опишите сходство и различие приложений: Python, Statistica и KNIME
15. Нарисуйте алгоритмы обычного программирования и машинного обучения.

Примерные контрольные задания для практических занятий и семинаров (ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

1. Нарисуйте схему взаимосвязи медицины с естествознанием и гуманитарными науками и определите в этой схеме место Информационных технологий. (УК-1)
2. Нарисуйте цикл жизни программного объекта. (ОПК-1.2)
3. Перечислите известные вам приложения Microsoft Office и опишите сферу применения каждого приложения медицине. (ОПК-1)
4. Нарисуйте схему устройства компьютера. (ОПК-1.1)
5. Нарисуйте схему подсистем управления баз данных Access. (УК-1.3, ОПК-1.2, ПК-2)
6. Нарисуйте схему подсистем Презентации. (ОПК-1.2, ПК-2)
7. Создайте учебную базу данных «Анализы» (Пример создания БД смотрите на следующих слайдах или видео в Moodle). (ОПК-1.2, ПК-2)
8. Скачайте с Moodle набор данных и выполните самостоятельную работу «Практическое занятие №2 Автоматизация обработки данных» (Описание работы в текущей презентации или смотрите соответствующее видео в Moodle). (ОПК-1.2, ПК-2)

Примерный перечень контрольных заданий (КЗ) для самостоятельной работы (проверяемые компетенции (ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

1. Место информационных технологий в системе наук. Понятие об информации и структуре данных, Определение системы и системный подход в ИТ. Процедуры обработки информации: поиск, получение, очистка, обработка и передача информации из различных источников
2. Средства обработки информации. Базовый набор приложений и основные возможности каждого из приложений для обработки данных.
3. Правовая и информационная защита данных. Основные нормативные документы и базовые средства защиты данных.
4. Структура, элементы и основные процедуры управления базами данных.
5. Процедуры подготовки, оформления и публикации: презентаций, докладов, статей.
6. Элементы документооборота. Понятие документа, их виды и маршрута его прохождения. Основные процедуры обработки документов.
7. Технологии автоматизации обработки данных Понятие алгоритмизации задач с помощью программных средств.
8. Применение ИТ в практике медицинских исследований. Основные приложения и программные средства для обработки данных.

Примерные темы презентаций для самостоятельной работы (проверяемые компетенции ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

1. Место ИТ в системе наук.
2. Верификация данных.
3. Источники информации и особенности их использования.
4. Сравнение Microsoft Office и его альтернатив.
5. Технические средства защиты информации.
6. Структура научной публикации.
7. Техника устного доклада.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Примерный перечень тестовых заданий (ТЗ) для промежуточной аттестации (ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

Нумерованный список знаний умений и навыков необходимых студенту приводится на первой странице паспорта оценочных средств

Правильные ответы **выделены жирным шрифтом.**

I Введение в ИТ (УК-1.1., ОПК-1.1., ПК-2.2.**)**

1. Подберите 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-1.1., УК-1.3., ОПК-1.1.

7. Сбор данных — это процедура создания и очистки данных
a) верификации, очистки и изменения данных
b) получения и публикации данных
c) придания гласности информации
d) 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
1. конкретные явления или сущности

10. Выберите определение для Массива данных

a) сущность, обладающая идентичностью, состоянием и поведением
b) структура, доступ к элементам которой осуществляется по дереву
c) структура данных с доступом по индексу
d) неиндексированный набор данных

11. Выберите определение для Иерархии данных

a) сущность, обладающая идентичностью, состоянием и поведением
b) структура, доступ к элементам которой осуществляется по дереву
c) структура данных с доступом по индексу
d) неиндексированный набор данных

12. Выберите определение для Объекта данных

a) структура, доступ к элементам которой осуществляется по дереву
b) структура данных с доступом по индексу
c) неиндексированный набор данных
d) сущность, обладающая: идентичностью, состоянием и поведением

III Средства обработки информации (ПК-2**)**

13. Какой элемент не входит в систему устройства компьютера?

a) устройство вывода
b) база данных
c) внутренняя память
d) устройство ввода
e) процессор

14. Какой элемент не входит в схему работы компьютерной сети?

a) клиент
b) сервер
c) база данных
d) процессор
e) пользователь

15. Какая из приведенных систем не является операционной?

a) Linux
b) Windows
c) Moodle
d) Android

16. Какая из офисных систем создана позже других?

a) MS Office
b) Libre Office
c) Open Office

17. Какое приложение не входит Microsoft office

a) Access
b) Visio

c) Writer
d) Outlook
e) OneNote

18. Какой пункт не является языком программирования?

a) KNIME
b) R
c) Android
d) Python

19. Какой язык программирования является универсальным?

a) KNIME
b) R
c) SQL
d) Python

IV Защита данных (ОПК-1.1. УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.3.**)**

20. Выберите наиболее общее определение авторского права

a) право на распространение
b) право на интеллектуальную собственность
c) право разрешать выпуск произведения
d) право на неприкосновенность произведения

21. Чем определяется целостность данных?

a) пресечением несанкционированного изменения данных
b) пресечением несанкционированного доступа
c) возможностью дифференцированного 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-1.1., ПК-2.1.)

27. Проект в инженерной деятельности — это

a) временная система, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
b) целостная совокупность моделей, свойств или характеристик, описанных в форме, пригодной для реализации системы
c) целостная совокупность моделей, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
d) временная система, описанная в форме, пригодной для реализации

28. Проект в управленческой деятельности — это

a) целостная совокупность моделей, свойств или характеристик, описанных в форме, пригодной для реализации системы
b) целостная совокупность моделей, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
c) временная система, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
d) временная система, описанная в форме, пригодной для реализации

29. Какой пункт не входит в SMART критерий определения цели

a) Измеримая (имеющая метрики)
b) Интервальная (имеющая начало и конец)
c) Интеллектуальная (поддающаяся осмыслению)
d) Конкретная (однозначно понимаемая)
e) Актуальная (необходимая для миссии)
f) Достижимая (имеющая ресурсы)

30. Диаграмма Ганта визуально не показывает

a) время выполнения фаз и этапов проекта
b) экспертизу отношений в проекте
c) оценку выполнения этапов проекта
d) наименование фаз и этапов проекта

31. Какое правило не относится к нормализации базы данных Эдгара Кодда?

a) Пропущенные значения не кодируются нулем
b) Каждая ячейка содержит только одно значение, зависящее от ключа
c) Все повторяющиеся зависимости выносятся в отдельные таблицы

32. В учебной базе данных «Анализы» вы создавали отчет из

a) таблицы
b) формы
c) запроса
d) схемы базы данных

VI Автоматизация обработки данных (УК-1.1., УК-1.3., ПК-2**)**

33. Выберите определение Алгоритма

a) последовательность состояний объектов в системе
b) последовательность событий в системе
c) структура связей объектов в системе
d) конечный порядок действий при решении задачи

34. Выберите определение Автоматизации

a) набор взаимосвязанных задач для достижения цели
b) конечный порядок действий при решении задачи
c) уменьшение участия человека в рутинной деятельности
d) алгоритм + структура данных

35. Выберите определение Программы

a) набор взаимосвязанных задач для достижения цели
b) алгоритм + структура данных
c) конечный порядок действий при решении задачи
d) уменьшение участия человека в рутинной деятельности

36. Выберите определение Предметной области

a) алгоритм + структура данных
b) набор взаимосвязанных задач для достижения цели
c) система программ для управления компьютером
d) модель системы, рассматриваемой в проекте

37. Критерием истины является

a) Соглашение
b) Теория
c) Практика

38. Выберите определение термина Паттерн

a) общественное соглашение
b) объективная, существенная, необходимая, повторяющаяся связь явлений
c) эффективный способ решения характерных задач
d) мысль, соответствующая объективной действительности

39. Какую цель в проекте ставит ученый?

a) Поиск паттерна
b) Поиск истины
c) Автоматизация производства

40. Какую цель в проекте ставит инноватор?

a) Поиск истины
b) Поиск паттерна
c) Автоматизация производства

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

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Современные IT-технологии в здравоохранении»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» 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 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.

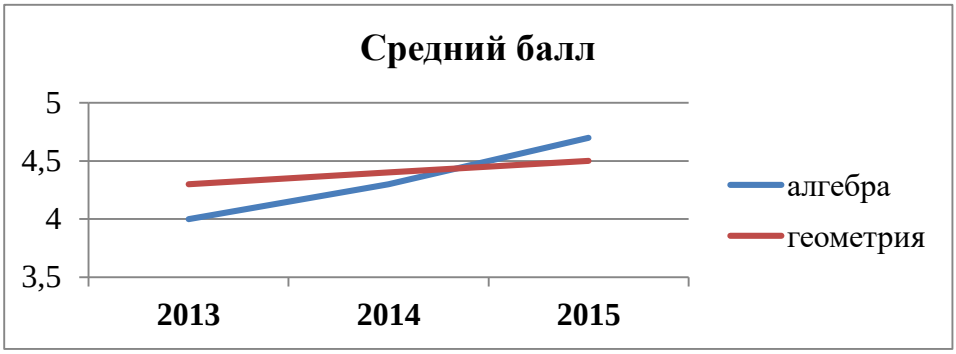


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

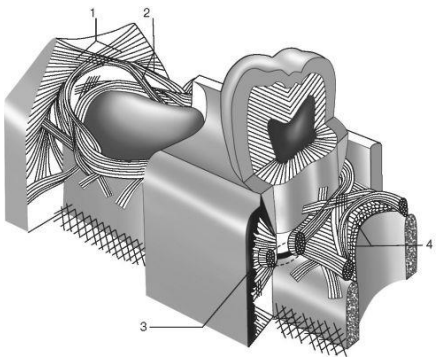


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (наименование направленности)
Факультет	**Факультет подготовки кадров высшей квалификации** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра организации, управления и экономики здравоохранения** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Занятия лекционного типа	**8 час.**
Занятия семинарского типа	**28 час.**
Из них:	
- практические занятия	**20 час.**
- семинарские занятия	**8 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
2024

Рабочая программа «Медицина чрезвычайных ситуаций» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 «Об утверждени федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	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
2.	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
3.	Ищук Татьяна Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом Центра развития образовательной среды ИМО	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» рассмотрена и обсуждены на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2/204.

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, и готового к выполнению воинского долга и обязанности по защите своей Родины в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Задачи медицины чрезвычайных ситуаций:

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 Блока1 «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами и практиками:

- учебного плана основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело;
- «Обучающего симуляционного курса» в рамках специальности 31.08.22 Психотерапия.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции –УК-1.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
			Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию , анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

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

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знает: -особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; -организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; -методы организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля; -эпидемиологию инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

			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; Порядок оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени□□□основные принципы оказания первой медицинской помощи: виды травм, ранений и способы их лечения; - алгоритмы оказания первой медицинской помощи; - алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации, - средства оказания первой медицинской помощи	
			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; - оценивать химическую и радиационную обстановку; - организовывать проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятия в очагах поражения - оказывать первую помощь при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме	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
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Единая Государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций в РФ (РСЧС). Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)	2	–	2	4	1
Раздел 2. Тема 2. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	–	2	2	4	2
Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	–	2	2	4	2
Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций 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	–	4	3	7	3

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
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	–	2	3	5	2
Подготовка реферата по заданной теме	–	–	36	36	14
ИТОГО в час.	**2**	**16**	**54**	**72**	**30**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2						
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	УК-1.1, ОПК-10.2.	Мультимедийная презентация	КВ,ТЗ

			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.			

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

4.4. Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 2							
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.	ОПК-10.2.	Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя
Тема 4.	Практическое занятие	Основы организации медицинского обеспечения	2	50%	Условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения	ОПК-10.2.	Отработка практических навыков на фантомах,

		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		манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя.
Тема 5.	Практическое занятие	Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны	2		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.	ОПК-10.2.	. Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя
Всего по блоку в час.			**8**	**4**			

** **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, семинар-практикум, практическое занятие*

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

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

.

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП **(% или час.)	Формируемые индикаторы компетенций
1.	Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	2	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
2.	Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	2	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
3.	Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации	2	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
4.	Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	6	40%	ОПК-10.2.
5.	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	3	40%	ОПК-10.2.
6.	Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны.	3	40%	ОПК-10.2.
7.	Подготовка реферата по заданной теме.	36	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
ИТОГО в час.		**54**	**22**	

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

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		Виды	КВ	ТЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	КВ, ТЗ	12	17
	Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	КВ, ТЗ	11	29
	Раздел 2. Тема 2 Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	КВ, ТЗ	18	13

	Раздел 2. Тема 3 Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	КВ, ТЗ	16	31
	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	КВ, ТЗ	12	33
	Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны.	КВ, ТЗ	8	10
ИТОГО		**КВ, ТЗ**	**77**	**133**

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:
«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
«Зачтено - ответ практически полный. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии выполнения тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.1	КВ,ТЗ
ОПК-10.2	КВ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные Вопросы, ПН- практические навыки

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации 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 индикаторы компетенции
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1.1, ОПК-10.2
2 этап	Собеседование	КВ	УК-1.1, ОПК-10.2

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации:

Оценка	Вид задания		
	Собеседование по контр. вопросам	Выполнение тестовых заданий	Демонстрация практических навыков

Незачтено	Обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу.	70% и менее	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.	Более 70%	Практическое задание выполнено правильно и последовательно

5.4 Примеры типовых оценочных средств для проверки формирования компетенций

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции / индикаторы достижения компетенции
КВ	1. Этап медицинской эвакуации: определение. 2. Действия в случае, если вы оказались в завале; при этом ранены (получили травму). 3. Действия в случае, если вы оказались в завале и нет возможности выбраться. 4. Первая, доврачебная и врачебная специализированная помощь при общем переохлаждении (в зависимости от стадий). 5. Действия при угрозе радиационного поражения. 6. Первая, доврачебная и врачебная специализированная помощь при отморожении (в зависимости от стадий). 7. Перечислить способы временной остановки наружного кровотечения	УК-1.1, ОПК-10.2
ТЗ	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-1.1
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-1.1
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.	ОПК-10.2.
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.	ОПК-10.2.

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**.	ОПК-10.2.

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 (https://minzdrav.gov.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
5. 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
6. 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
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. - Текст: электронный // URL: https://urait.ru/bcode/495812
8. 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
9. 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

10. 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
11. 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. 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. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465943.html
8. 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
9. Устав внутренней службы Вооруженных Сил Российской Федерации
10. (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
11. 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
12. 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
13. «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. 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** 31.08.58 Оториноларингология
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 31.08.22 Психотерапия 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.

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 для блока «Основы военной подготовки».

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 31.08.22 Психотерапия. 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.

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.

Блок «Основы военной подготовки» 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

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Специальность ординатуры**:**	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «**МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие индикаторы достижения компетенций: **УК-1.2, ОПК-10.2**

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

Универсальная компетенции – УК-1

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Демонстрация знаний области методов системного анализа	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ,ТЗ
	Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию , анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Способность эффективно отбирать и систематизировать необходимую информацию и анализировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ,ТЗ

Универсальная компетенции – ОПК-10

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	**Знает:** особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; методах организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля, эпидемиологию инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществления противоэпидемических мероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций.	Демонстрация знаний в области порядка оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; способах и средствах защиты пациентов, медицинского персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях.	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ,ТЗ
	Умеет: Использовать средства индивидуальной и групповой защиты и помощи	Соблюдение законов и правил организации оказания медицинской помощи в	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17

	пострадавшим ; осуществлять специфические и неспецифические профилактики методы инфекционных заболеваний, организовывать оказания первичной врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; организовывать проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятия в очагах поражения.	чрезвычайных ситуациях, нормам, приказам и стандартам.	Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ и ТЗ

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 материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК. 1.1, ОПК-10.2
2 этап	собеседование	КВ	УК. 1.1, ОПК-10.2

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации:

Оценка	Вид задания	
	Собеседование по контр. вопросам	Выполнение тестовых заданий
Незачтено	Демонстрация отсутствия знаний. Пространное изложение содержания сути заданного вопроса. Не сформированы знания и умения	70% и менее
Зачтено	Демонстрирует знания по заданному вопросу и умение отвечать на вопросы. Более, чем на 30% успешные ответы на вопросы.	Более 71%

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
УК-1.1	
Компетенция (часть) не сформирована	Демонстрирует отсутствие знаний в области методов системного анализа и синтеза Не может выявить причинно-следственные связи предметов и процессов Не владеет навыками сбора, обработки и передачи информации
Компетенция (часть) сформирована	Демонстрирует хорошие знания в области методов системного анализа и синтеза Уверенно находит, анализирует причинно-следственные связи предметов и процессов Владеет навыками сбора, обработки и передачи информации
ОПК-10.2	
Компетенция (часть) не сформирована	Демонстрирует отсутствие знаний в области особенностей организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; методах организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля. Не ориентируется сортировке пораженных лиц при чрезвычайных ситуациях; средствах защиты. Не владеет методами оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения
Компетенция (часть) сформирована	Демонстрирует хорошие знания в области эпидемиологии инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществления противоэпидемических мероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях, Способен к организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; методах организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля. Ориентируется сортировке пораженных лиц при чрезвычайных ситуациях; средствах защиты. Свободно и правильно владеет методами оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

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

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Назовите задачи Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
2. Перечислите принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
3. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
4. Определите место и роль в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) Министерства здравоохранения РФ?
5. Назовите задачи Министерства здравоохранения РФ в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)
6. Перечислите режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?

7. Назовите силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) и их задачи?
8. Какие силы и средства наблюдения и контроля Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) вы знаете?
9. Перечислите силы и средства ликвидации чрезвычайной ситуации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
10. Что такое аварийно-спасательная служба?
11. Как вы понимаете статус спасателя и приравненных категорий?
12. Что такое медицинская реабилитация пострадавших спасателей?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий в стране создана:

а) система спасения на земле, воде, воздухе;
б) Государственная система спасения при пожарах, наводнениях, смерчах и техногенных катастрофах;
в) Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
г) общая система органов управления субъектов РФ.

2. Задачами РСЧС, являются все, кроме одной:

а) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС;
б) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;
в) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС;
г) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС;
д) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС.

3. Силы и средства РСЧС, кроме одного:

а) Центроспас;
б) поисково-спасательная служба;
в) центр специального назначения;
г) авиация МЧС;
д) гражданская авиация.

4. Выберите режимы функционирования РСЧС (укажите все правильные ответы):

а) режим повседневной деятельности;
б) режим повышенной готовности;
в) режим чрезвычайной ситуации;
г) проведение неотложных работ;
д) проведение эвакуационных мероприятий.

5. Укажите основной закон регулирующий работу органов управления, сил и средств федеральных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий от ЧС:

а) Постановление Правительства РФ от 23.11.1996 г., № 1396 «О реорганизации штабов по

делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям»;

б) Постановление Правительства РФ от 03.08.1996 г., № 924 «О силах и средствах Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций»;

в) Постановление Правительства РФ от 24.07.1995 г., № 738 «О порядке подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций»;

г) Федеральный закон от 21.12.1994 г., № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

6. Выберите правильную формулировку задач РСЧС «осуществление государственной…»:

а) задачи по предупреждению ЧС и повышению устойчивости функционирования организаций, а также объектов социального назначения в ЧС;

б) экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС;

в) программы по подготовки населения к действиям в ЧС;

г) социальной защиты населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций.

7. Какая из приведенных здесь задач РСЧС лишняя:

а) уничтожение запасов химического, радиационного и биологического оружия;

б) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС;

в) осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций;

г) проведение мероприятий, направленных на предупреждение ЧС и повышение устойчивости функционирования организаций, а также объектов социального назначения в ЧС.

8. Продолжите утверждение «реализация мероприятий по защите населения и территорий от ЧС»:

а) является обязательной функцией федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;

б) является обязательной функцией международных организаций (ВОЗ, НАТО, Совет Европы, ЮНЕСКО);

в) осуществляется с учетом разделения предметов ведения, полномочий и ответственности между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления;

г) является обязательной функцией МО РФ.

9. Какое постановление Правительства РФ регулирует деятельность территориальных и функциональных подсистем РСЧС:

а) Постановление Правительства Российской Федерации от 3 мая 1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами»;

б) Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. № 794 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

10. Функциональная подсистема РСЧС:

а) создается общественными организациями;

б) создается федеральными органами исполнительной власти в министерствах, ведомствах и агентствах Российской Федерации;

в) создается международными организациями;

г) создается главными руководителями лечебных учреждений.

11. РСЧС имеет уровни управления территориальной подсистемой:

а) межрегиональный, автономный, краевой, областной, районный;

б) федеральный, региональный, территориальный, местный, объектовый;

в) северо-западный, центральный, южный, приволжский, уральский, сибирский, дальневосточный;

г) федеральный, межрегиональный, региональный, муниципальный, локальный (объектовый).

12.Общее руководство РСЧС осуществляет:

а) президент;
б) министр по делам ГО и ЧС;
в) председатель правительства;
г) министр внутренних дел;
д) министр обороны.

13. Продолжите формулировку «в режиме повседневной деятельности осуществляется наблюдение и контроль за…»

а) состоянием окружающей природной среды, обстановкой на потенциально опасных объектах и на прилегающих к ним территориях;
б) поддержанием в готовности сил и средств ликвидации последствий ЧС;
в) резервами финансовых и материально-технических ресурсов для ликвидации ЧС природного и техногенного характера;
г) осуществлением целевых видов страхования.

14. Укажите лишнее утверждение – защите от ЧС, в соответствии с законодательством РФ, подлежат:

а) граждане РФ;
б) лица без гражданства;
в) объекты экономики;
г) личные сбережения граждан;
д) материальные и культурные ценности РФ.

15. Определите лишнюю задачу Министерства здравоохранения РФ в системе РСЧС являются

а) создание и организация работы комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности;
б) наблюдение, оценка, прогнозирование санитарно-эпидемиологической обстановки на территории РФ;
в) восстановление и поддержание общественного порядка в зоне ЧС;
г) разработка методических основ обучения и подготовки населения к оказанию первой помощи в ЧС.

16. Когда осуществляется постэкспедиционный осмотр лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС:

а) на следующий день после прибытия из зоны ЧС;
б) не позднее 7 дней после прибытия из зоны ЧС;
в) осматриваются 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.

<u>Раздел 2.</u> Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Тема 1.

Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Назовите задачи службы медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях?

2. Раскройте структуру службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях?
3. Перечислите основные принципы службы медицины катастроф деятельности в чрезвычайных ситуациях?
4. Какая организация Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)?
5. Назовите организационную структуру ВСМК?
6. Какие вы знаете органы управления ВСМК?
7. Что такое Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности?
8. Какая организационная структура (формирования и учреждения) службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации?
9. Раскройте режимы функционирования ВСМК?
10. Назовите учреждения службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?
11. Назовите формирования службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. ВСМК – это:
   а) Всероссийская служба медицины катастроф;
   б) Всемирная сеть медицины катастроф;
   в) Всесоюзная служба медицина катастроф;
   г) Верховная служба медицина катастроф.

2. Состав врачебно-сестринской бригады:
   а) 1 врач, 2 медсестры, 1 санитар – водитель;
   б) 1 врач, 1 старшая медсестра, 2 медсестры, 1 санитар, 1 санитар – водитель;
   в) 1 - 2 врача, 2-3 медсестры, 1 звено санитаров, 1 санитар – водитель;
   г) 2-3 врача, 3-5 медсестёр, 1-2 звена сандружинниц, 1 водитель автобуса;
   д) 1 врач, 3 медсестры, 1 санитар, 1 водитель - санитар.

3. Сохранение жизни и здоровья населения России в условиях ЧС является важной функцией:
   а) органов здравоохранения;
   б) органов министерства обороны и внутренних дел;
   в) важнейшей государственной задачей федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления;
   г) министерства по ЧС и ГО.

4. ВСМК – это функциональная подсистема:
   а) РСЧС;
   б) МО и МВД;
   в) Минздрава РФ;
   г) ГО и ЧС.

5. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в ВСМК лежит:
   а) система организации оказания медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС;
   б) система этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению;
   в) система оказания специализированной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь;
   г) система оказания квалифицированной медицинской помощи при проведении аварийно-спасательных работ.

6. К формированиям СМК, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной (первой врачебной) помощи, относятся:

а) подвижные группы специалистов, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.

б) подвижные группы специалистов.

в) нештатные бригады специализированной медицинской помощи.

г) группы эпидемической разведки (ГЭР), врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.

д) врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.

7. В соответствии с Типовым положением о бригадах специализированной медицинской помощи службы медицины катастроф имеется? тип бригад:

а) 25;

б) 18;

в) 20;

г) 21.

8. Во Всероссийскую службу медицины катастроф организационно включены:

а) СМК РСЧС, СМК МЗ РФ, СМК ОАО «РЖД», СМК МВД;

б) СМК МЗ РФ, СМК МО РФ, СМК МВД и Росгвардии, силы и средства ОАО «РЖД», и других ФОИВ;

в) СМК МЗ, силы и средства ликвидации последствий ЧС ФСБ, Минатомэнерго, МЧС, РСЧС;

г) МЧС, РСЧС, ГО и ЧС;

д) МСГО, ВСМК, РСЧС, МЧС и ГО.

9. ВСМК имеет? уровней:

а) 3;

б) 6;

в) 4;

г) 5.

10. Основными задачами БСМП не являются:

а) медицинская сортировка пораженных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи;

б) оказание специализированной медицинской помощи пораженным и лечение нетранспортабельных пораженных;

в) подготовка пораженных к эвакуации в специализированные медицинские организации;

г) эвакуация пораженных в специализированные медицинские организации;

д) оказание консультативно-методической помощи пораженным в медицинские организации.

11. Силы и средства СМК МЗ РФ для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС:

а) Подвижные отряды, бригады, группы специалистов;

б) Подвижные госпитали, отряды, бригады, группы специалистов;

в) Штатные и нештатные формирования;

г) Силы и средства МО, ЦГСЭН;

д) Подвижные формирования и организации ВЦМК, РЦМК, ТЦМК, станций и подстанций скорой медицинской помощи.

12. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы погибших и судебно-медицинского освидетельствования пораженных (в том числе во взаимодействии с органами МВД России) относится к:

а) режиму повышенной готовности;

б) режиму повседневной деятельности;

в) режиму чрезвычайной ситуации.

13. Возможности выездной врачебно-сестринской бригады по оказанию медпомощи в очаге ЧС:

а) За 6 часов – 12 пораженных, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);

б) За 10 часов – 500 пораженных, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);

в) За 6 часов 50 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 индикаторы компетенции – **УК-1.2, ОПК-10.2**

1. Что такое Гражданская оборона (ГО) Российской Федерации?
2. Какая организационная структура Гражданской обороны Российской Федерации?
3. Какая роль и место ГО в общей системе национальной безопасности Российской Федерации?
4. Назовите Задачи ГО?
5. Назовите формирования и организации (силы) ГО?
6. Перечислите Федеральные силы ГО?
7. Назовите организации (силы) ГО?
8. Задачи и организационная структура МСГОЗ?
9. Назовите организации и формирования МСГОЗ?
10. Раскройте организацию медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий ГО?
11. Объясните медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО в мирное время?
12. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО при переводе на военное положение (при угрозе нападения противника)?
13. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО после нападения противника?
14. Раскройте лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе ГО Российской Федерации?
15. Какова сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
16. Раскройте виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в очагах поражения при ведении спасательных работ и на этапах медицинской эвакуации?
17. Какова организация ГО в Минздраве РФ?
18. Разъясните ведение ГО в Минздраве РФ?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Основным регламентирующим документом, в котором указаны задачи, принципы организации и ведение гражданской обороны являются:

а) № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21.12.1994 г.;
б) № 28-ФЗ «О гражданской обороне» от 12.02.1998 г.;
в) Постановление Правительства РФ от 03.08.1996 г., № 924 «О силах и средствах Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций»;
г) Постановление Правительства РФ от 23.11.1996 г., № 1396 «О реорганизации штабов по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям».

2. Общее руководство ГО РФ осуществляет:
а) председатель Правительства РФ;
б) министр по делам ГО и ЧС;
в) Президент РФ;
г) Совет Федерации.

3. Гражданская оборона -:
а) это формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий ГО;
б) формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
в) система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при военных конфликтах или вследствие этих конфликтов, а также при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
г) имеет своей задачей оказание медицинской помощи, лабораторный контроль, материальное и техническое обеспечение невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.

4. Нештатные формирования по обеспечению выполнения мероприятий по гражданской обороне комплектуются:
а) мужчинами в возрасте от 18 до 65 лет, женщинами в возрасте от 18 до 60 лет;
б) спасательными воинскими формированиями МЧС России;
в) военнослужащими МО РФ;
г) всеми имеющимися в наличии гражданами на производстве.

5. Территориальные 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 индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Дайте определение понятия Чрезвычайная ситуация терминология?
2. Какая основная терминология понятия Чрезвычайная ситуация?
3. Дайте Классификацию чрезвычайных ситуаций?
4. Раскройте медико-тактическую характеристику очагов, возникающих при авариях и катастрофах на химически-опасных объектах экономики?

5. Перечислите аварии и катастрофы, связанные с использованием или воздействием химических веществ?
6. Медико-тактическая характеристика химических очагов при возможных авариях и катастрофах?
7. Какая характеристика аварийно-опасных химических веществ, формирующих очаги химических аварий?
8. Что такое оценка химической обстановки?
9. Какие особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий химических аварий?
10. Раскройте медико-тактическую характеристику очагов радиационного поражения при возможных авариях?
11. Дайте краткую характеристику радиационных аварий?
12. Раскройте классификации радиационных аварий?
13. Назовите фазы протекания радиационных аварий?
14. Как 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 индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Химически опасный объект (ХОО) – это объект:

а) по производству химического оружия;

б) по производству химических удобрений;

в) на котором хранят, перерабатывают, используют или транспортируют опасные химические вещества, при аварии на котором или при разрушении, которого может произойти гибель или химическое заражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, а также химическое заражение окружающей природной среды;

г) где производится синтез полимерного оборудования.

2. В соответствии с классификацией ВОЗ ХОО 1 категории опасности должны содержать:

а) хлора более 250т., аммиака более 2500т.;

б) хлора от 50 до 250т., аммиака 500-2500т.

3. Химическая авария – это:

а) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;

б) внезапный взрыв химических реагентов;

в) утечка при утилизации химического оружия;

г) место где произошла катастрофа.

4. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:

а) желудочно-кишечный тракт;

б) дыхательные пути;

в) кожные покровы.

5. Очаг химической аварии характеризуется как:

а) опасный, среднеопасный, неопасный;

б) нестойкий очаг поражения быстродействующими веществами, стойкий очаг поражения быстродействующими веществами, стойкий очаг поражения медленнодействующими веществами, нестойкий очаг медленнодействующих веществ;

в) малый (до 5 км2), средний (до 10 км2), большой (больше 10 км2);

г) очаг от применений химического оружия и очаг от применения отравляющих веществ сельском хозяйстве.

6. Средствами оценки химической обстановки являются (укажите все правильные ответы):

а) карта (схема);
б) расчетные таблицы и формулы;
в) приборы дозиметрического контроля.

7. Пути поступления химических веществ в организм человека (укажите все правильные ответы):
а) пероральный;
б) перкутанный;
в) ингаляционный;
г) половой.

8. Последствия химической аварии определяются следующим методом
а) расчетным;
б) оценочным;
в) прогнозирования;
г) ориентировочным.

9. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:
а) нестойкий, быстродействующий;
б) стойкий, быстродействующий;
в) нестойкий, медленно действующий.

10. По скорости развития патологических нарушений – формирования санитарных потерь химические вещества делятся:
а) мгновенного и отложенного действия;
б) быстрого и замедленного действия;
в) скоротечного и медленнодействующего действия;
г) условно быстрые и безопасные.

11. Основной путь выведения из организма токсических веществ, хорошо растворимых в воде (укажите все правильные ответы):
а) слизистая желудочно-кишечного тракта;
б) дыхательные пути;
в) почки;
г) потовые железы;
д) сальные железы.

12. Зоной заражения АХОВ называют:
а) место разлива вещества;
б) территорию, на которой произошли массовые поражения людей;
в) территорию заражения АХОВ в опасных для жизни людей пределах;
г) местность, зараженную АХОВ в смертельных концентрациях;
д) территорию, представляющую опасность заражения людей АХОВ.

13. Глубина зоны заражения АХОВ определяется:
а) агрегатным состоянием вещества, влажностью воздуха, температурой воздуха;
б) особенностью местности, количеством вылившегося вещества, его агрегатным состоянием;
в) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;
г) не определяется;
д) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.

14. Очагом поражения АХОВ называют:
а) территорию, в пределах которой в результате аварии на химически опасном объекте произошли массовые поражения населения;
б) территорию, на которой могут быть массовая гибель;
в) местность, опасную для здоровья и жизни людей вследствие действия АХОВ;
г) местность, зараженную АХОВ в пределах опасных для здоровья и жизни людей;

д) зона заражения АХОВ вследствие аварии на химически опасном объекте.

15. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения АХОВ:

а) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;

б) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;

в) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;

г) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;

д) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств 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 индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Назовите условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС?
2. Что такое сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
3. Как осуществляется организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС?
4. Назовите виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в ЧС?
5. Объясните организацию работы этапов медицинской эвакуации в зоне ЧС?
6. Расскажите основы медицинской сортировки пораженных в условиях ЧС?
7. Объясните, как осуществляется организация медицинской эвакуации пораженных из зоны ЧС?
8. Как 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 индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Юридическим документом, дающим право раненому или больному на эвакуацию из района ЧС, является:
а) История болезни;
б) Карта оказания медицинской помощи;
в) Направление в госпиталь;
г) Медицинская книжка;
д) Справка о ранении (заболевании).

2. Организации и формирования ВСМК, как правило, развертываются при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (укажите все правильные ответы):
а) Вблизи путей подвоза и эвакуации;
б) В подвальных помещениях каменных зданий;
в) В категорированных городах;
г) Вблизи крупных железнодорожных узлов;

д) Вблизи от источников доброкачественной воды.

3. Предельно допустимые сроки оказания раненым и больным первичной врачебной медико-санитарной помощи составляют:

а) 1-2 часа;
б) 3-4 часа;
в) 4-5 часов;
г) устанавливаются руководителем организации или формирования ВСМК по обстановке.

4. Под лечебно-эвакуационной системой следует понимать:

а) одну из важнейших составных частей медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время, изменяющуюся и совершенствующуюся по мере изменения факторов, оказывающих решающее влияние на деятельность медицинской службы;
б) совокупность взаимосвязанных принципов организации медицинской помощи раненым и больным, их лечения, эвакуации, реабилитации и предназначенных для этого сил, и средств службы медицины катастроф, свойственных определенному историческому этапу и уровню развития медицинской науки и экстремальной медицины (медицины катастроф).

5. Лечебно-эвакуационные мероприятия включают (укажите все правильные ответы):

а) розыск, сбор раненых;
б) оповещение администрации района, города о ранении гражданина;
в) оказание раненым и больным всех видов помощи;
г) эвакуацию раненых и больных;
д) лечение раненых и больных;
е) медицинскую реабилитацию;
ж) проведение профилактических прививок.

6. Результаты медицинской сортировки на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации закрепляются (укажите все правильные ответы):

а) Записью в рабочем блокноте регистратора;
б) Сортировочной маркой;
в) Записью в единой истории болезни;
г) Записью в карте оказания медицинской помощи;
д) Справкой военно-врачебной комиссии;
е) в сопроводительном листе (для пораженного в чрезвычайной ситуации).

7. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

а) медицинские формирования и медицинские организации, расположенные на путях эвакуации из очага поражения в тыл в определенной последовательности для оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения с целью максимального ограничения многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе и широкого маневра объемом и видами медицинской помощи;
б) формирования и медицинские организации службы медицины катастроф, а также другие медицинские организации, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

8. Сущность современной системы лечебно-эвакуационных мероприятий состоит в:

а) существенном дополнении возможностей службы медицины катастроф по оказанию медицинской помощи раненым и больным наличием в больничной базе однотипных по задачам и организации;
б) проведении последовательных и преемственных лечебных мероприятий на различных этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией раненых и больных в специализированные медицинские организации по медицинским показаниям (по назначению) и в соответствии с конкретными условиями обстановки.

9. В составе каждого этапа медицинской эвакуации обычно развертывается ряд типовых функциональных подразделений (укажите все правильные ответы):

а) приемно-сортировочное отделение;
б) распределительное отделение;
в) отделение (площадка) специальной обработки;
г) отделение для оказания медицинской помощи;
д) отделение для госпитализации и лечения;
е) отделение медицинского наблюдения;
ж) эвакуационное отделение;
з) изолятор.

10. Объем медицинской помощи – это:

а) определенный перечень лечебных и эвакуационных мероприятий, проводимых при поражениях и заболеваниях ВСМК в зоне ЧС, в очагах массовых санитарных потерь и на этапах медицинской эвакуации;
б) называется совокупность лечебно-профилактических 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 индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Раскройте исходные данные для планирования медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера?
2. Какая организация разработки «Плана действий медицинской организации»?
3. Как осуществляется подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из зоны ЧС?
4. Как осуществляется подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага опасных химических веществ (ОХВ) и боевых отравляющих веществ (БОВ)?
5. подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага

радиационной аварии?

6. Как 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 индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Подготовка медицинской организации к работе в ЧС мирного и военного времени, начинается с получения:

а) плана-задания;
б) плана-перевода;
в) плана ЧС;
г) плана ГО.

2. План действий медицинской организации состоит из? частей:

а) одной;
б) двух;
в) трех;
г) четырех.

3. Корректировка плана производится по состоянию на? (день, месяц) (укажите все правильные ответы):

а) 1 января;
б) 1 июня;
в) 1 июля;
г) 1 сентября.

4. Сколько разрабатывается экземпляров «Плана действий медицинской организации»?

а) один;
б) два;
в) три;
г) четыре.

5. Укажите уровни террористической опасности, установленные в Российской Федерации:

а) «зеленый», «желтый», «красный»;
б) «синий», «желтый», «красный»;
в) «зеленый», «оранжевый», «красный»;
г) «синий», «желтый», «красный».

6. Для транспортировки больного ООИ могут использоваться:

а) транспортировочные специальные носилки;
б) транспортировочные изолирующие боксы;
в) транспортировочные полиэтиленовые костюмы.

7. В состав приемно-сортировочного отделения, развертываемого на базе приемного отделения медицинской организации, не входит:

а) площадка санитарной обработки транспорта;
б) распределительный пост (РП);
в) приемное отделение для носилочных больных;
г) изолятор для инфекционных больных;
д) приемное отделение для ходячих больных.

8. Какими официальными документами определен расчет формирований медицинской организации (укажите все правильные ответы):

а) заданием;
б) приказом;
в) сметой расходов;
г) схемой развертывания;
д) информационным письмом.

9. Принципы перепрофилирования отделений медицинской организации при лечении пораженных в ЧС, за исключением:
а) развертывание дополнительных коек;
б) использование резервных фондов медикаментов и перевязочных средств;
в) развертывание дополнительного медицинского оборудования;
г) увеличение штата за счет введения специалистов по профилю поражения;
д) подготовка медперсонала для работы в ЧС.

10. Основной целью планирования медицинского обеспечения населения в ЧС является:
а) приведение в готовность медицинских организаций и формирований;
б) готовность персонала к работе в ЧС;
в) оснащение учреждений и формирований;
г) организация и проведение лечебно-эвакуационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий, медицинское снабжение;
д) обучение населения правильному поведению при ЧС.

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

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Контрольные вопросы для промежуточной аттестации

1. Назовите задачи Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
2. Перечислите принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
3. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
4. Определите место и роль в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) Министерства здравоохранения РФ?
5. Назовите задачи Министерства здравоохранения РФ в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)
6. Перечислите режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
7. Назовите силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) и их задачи?
8. Какие силы и средства наблюдения и контроля Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) вы знаете?
9. Перечислите силы и средства ликвидации чрезвычайной ситуации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
10. Что такое аварийно-спасательная служба?
11. Как вы понимаете статус спасателя и приравненных категорий?
12. Что такое медицинская реабилитация пострадавших спасателей?

13. Назовите задачи службы медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях?
14. Раскройте структуру службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях?
15. Перечислите основные принципы службы медицины катастроф деятельности в чрезвычайных ситуациях?
16. Какая организация Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)?
17. Назовите организационную структуру ВСМК?
18. Какие вы знаете органы управления ВСМК?
19. Что такое Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности?
20. Какая организационная структура (формирования и учреждения) службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации?
21. Раскройте режимы функционирования ВСМК?
22. Назовите учреждения службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?
23. Назовите формирования службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?
24. Что такое Гражданская оборона (ГО) Российской Федерации?
25. Какая организационная структура Гражданской обороны Российской Федерации?
26. Какая роль и место ГО в общей системе национальной безопасности Российской Федерации?
27. Назовите Задачи ГО?
28. Назовите формирования и организации (силы) ГО?
29. Перечислите Федеральные силы ГО?
30. Назовите организации (силы) ГО?
31. Задачи и организационная структура МСГОЗ?
32. Назовите организации и формирования МСГОЗ?
33. Раскройте организацию медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий ГО?
34. Объясните медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО в мирное время?
35. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО при переводе на военное положение (при угрозе нападения противника)?
36. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО после нападения противника?
37. Раскройте лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе ГО Российской Федерации?
38. Какова сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
39. Раскройте виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в очагах поражения при ведении спасательных работ и на этапах медицинской эвакуации?
40. 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 террористического акта?

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 **31.08.22 Психотерапия**

направленность **Психотерапия**

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 «02» ноября 2023 г., протокол № 3.

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 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 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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия
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.

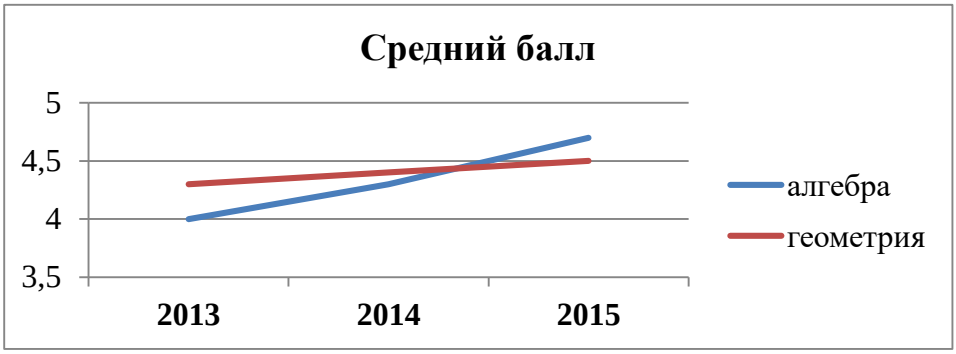


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

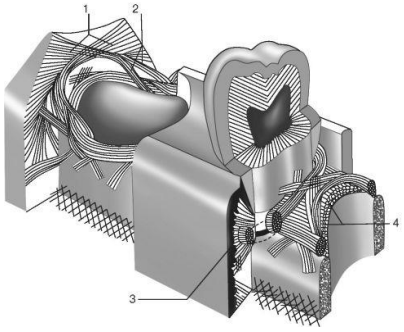


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (наименование направленности)
Факультет	**Факультет подготовки кадров высшей квалификации** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра организации, управления и экономики здравоохранения** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**6 час.**
Занятия семинарского типа	**24 час.**
Всего аудиторной работы	**30 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**42 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2(час. /зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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.

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
«20» февраля 2024 г., протокол № 2/204.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа сформирована с учетом положений профессионального стандарта «Врач-психотерапевт» в части освоения трудовой функции А/05.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, необходимых для решения задач в области общественного здоровья и здравоохранения.

Задачи изучения дисциплины:

1. Формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных знаний в области популяционного здоровья и общественного здравоохранения.
2. Приобретение навыков организации и проведения профилактических мероприятий,
3. Приобретение навыков разработки и реализации программ здоровья и профилактики.
4. Приобретение навыков подготовки среднего и младшего медицинского персонала для работы в области формирования общественного здоровья
5. Приобретение навыков установления контакта с пациентами и членами их семей.
6. Приобретение навыков выбора оптимальных путей формирования у населения мотивированного отношения к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих, воспитания элементов здорового образа жизни.
7. Подготовка врача к проведению сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.
8. Подготовка врача к организации медицинской помощи взрослому и детскому населению, работникам промышленных предприятий и сельским жителям.
9. Освоение ведения учетно-отчетной медицинской документации.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к обязательной части Блоку 1 «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: - основные методы критического анализа; - методологию системного подхода; - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации; - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р. Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; - выявлять недостаточность и недостоверность информации при решении проблемных ситуаций	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и минимизировать возможные риски	Знает: - проблемы, для решения которых планируется проект; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - разрабатывать концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы, формулируя цель, задачи, актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения; - прогнозировать проблемные ситуации и риски в проектной деятельности.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности	Знает: - цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы;	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - составлять план-график реализации проекта; - определять критерии эффективности проекта.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		УК-2.3. Способен проводить контроль этапов и оценку результатов проекта	Знает: - содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат*

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни.	Знает: - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р. Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия-	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ОПК-2.2. Способен планировать	Знает: - принципы, этапы планирования мероприятий в	Для текущего контроля: ТЗ, КВ

		организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	соответствии с целями и задачами - способы уменьшения воздействия факторов риска на здоровье граждан	Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - наполнять этапы плана содержанием с учетом социальных детерминант здоровья, распределять ответственность за каждый этап между членами команды - корректировать план с учетом промежуточных результатов	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Знает: - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико-статистических показателей	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
Медицинская деятельность	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения	Знает: - медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - методы анализ медико-статистических показателей-	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными	Знает: - требования законодательства в области информационной безопасности и персональных данных; - виды медицинской документации и требования к ее ведению	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, в соответствии с требованиями	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

		данными.		
		ОПК-9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	Знает: - должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - организовывать рабочие места для находящегося в распоряжении медицинского персонала; - контролировать исполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат.*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.	Знает: - принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях - порядки оказания медицинской помощи - особенности оказания различных видов медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - совершенствовать организационно-управленческую структуру медицинской организации; - формировать систему управления кадрами здравоохранения в медицинской организации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ПК-3.2. Организовывает работу структурных подразделений медицинской организации	Знает: - нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - организовать лечебно-диагностический процесс в структурных подразделениях медицинской организации - организовать работу структурных подразделений	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

			медицинской организации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг	
		ПК-3.3. Применяет требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности	Знает: - нормативные правовые акты в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности. - принципы организации труда, планово-экономической и финансовой деятельности медицинской организации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат*

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**30**	30
Из них:			
Занятия лекционного типа		**6**	6
Занятия семинарского типа		**24**	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**42**	42
Промежуточная аттестация – **зачет**		**-**	-
Общая трудоемкость дисциплины	**часы**	**72**	72
	зач. ед.	**2**	2
Из них на практическую подготовку (в час.)*		**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 % *
	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**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП* в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
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.	ОПК-2.1 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ, Р
Раздел 3. Биостатистика							
	Тема 2.1 Основные понятия и методы биостатистики	2	-	Обоснование научно-обоснованной медицинской практики. Цели статистического анализа. Модель данных. Типы измерений, шкалы. Типы ошибок по А.А. Любищеву. Вариабельность, неопределенности и случайность. Основные принципы и методы анализа данных. Первичный анализ и преобразования данных. Разведочный анализ данных. Сравнение подгрупп. Анализ ассоциаций, оценка корреляций, корреляционные плеяды. Регрессия. Кластерный и дискриминантный анализы. Факторный анализ.	ОПК-9.1	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.	ОПК-2.3 ОПК- 9.1 ОПК- 9.2	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ

				Выборочный метод. Непараметрические критерии. Компоненты и показатели качества медицинской помощи. Обеспечение контроля качества медицинской помощи.			
ИТОГО в час.		**6**	**1**				

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

*******Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат.*

4.4. 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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ							
Тема 1.1	семинар	Организация медицинской помощи	4	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	ОПК-2.1, ОПК-2.2 ПК-3.1 ПК-3.3	ТЗ, КВ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения							
Тема 2.1	семинар	Здоровье населения и методы его изучения	4	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.	УК-1.3 УК-2.1 УК-2.2 УК-2.3	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	ОПК- 9.1	ТЗ, КВ

					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.		
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.	ОПК- 2.3 ОПК- 9.2	ТЗ, КВ
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.							
Тема 5.1	семинар	Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	4	2	Компоненты и показатели качества медицинской помощи. Организация контроля качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	УК 2.1 ОПК-2.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ПК-3.2	ТЗ, КВ
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения							
Тема 6.1	семинар	Кадровое обеспечение здравоохранения	4	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.	ОПК-2.1, ОПК-2.2 ОПК-9.3 ПК-3.1 ПК-3.2	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 или индикаторов компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1	Подготовка к аудиторным занятиям	16	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе	УК-1.3, УК-2, ОПК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9, ПК-1, ПК-3.2, ПК-3.3	КВ
2	Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	10	Решение тестовых заданий и подготовка ответов на контрольные вопросы	УК 1.3, УК -2, ОПК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9, ПК- 3	КВ
3	Работа с учебной и научной литературой.	12	Подготовка реферативной работы	УК-1.3, ПК-3.3	Р
4	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом.	4	Подготовка ответов на контрольные вопросы	ОПК- 2.1, ПК- 3.1, ПК-3.3	КВ
ИТОГО в час.		**42**	**Из них на ПП – 13 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.*

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, Р- реферат.*

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

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

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

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

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	КВ	Д
Текущий контроль	Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	6	6	-
	Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	50	6	1
	Раздел 3. Биостатистика.	7	13	-
	Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности.	15	4	-
	Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	26	5	-
	Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	25	6	-
ИТОГО		129	40	1

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

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине для промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	ТЗ, КВ, Д
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	ТЗ, КВ, Д
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ТЗ, КВ
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ТЗ, КВ
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ТЗ, КВ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, Д – доклады, Р-реферат.

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине **– зачет**

Процедура проведения промежуточной аттестации:
Тестирование. Тестовая база содержит 90 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	В структуре причин временной нетрудоспособности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит: a) злокачественным новообразованиям; b) болезням системы кровообращения; c) инфекционным и паразитарным болезням; d) травмам и отравлениям; e) **болезням органов дыхания.**	ОПК--2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.
КВ	Какая процедура является допуском к профессиональной деятельности после успешного освоения программы ординатуры?	ОПК--9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *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 (https://minzdrav.gov.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 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

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

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

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

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

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

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	ОПК-2.1, ОПК-2.2, ПК-3	ТЗ, КВ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	УК-1.2, УК-2	ТЗ, КВ, Д
Раздел 3. Биостатистика.	ОПК-9.1	ТЗ, КВ
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности	ОПК-2.3, ОПК-9.2	ТЗ, КВ
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	УК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-3.2	ТЗ, КВ
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	ОПК-2.1, ОПК-2.2, ОПК-9.3, ПК-3.1, ПК-3.2	ТЗ, КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), доклад(Д)

1. **В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:**
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую
документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции – УК-1, УК-2

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - основные методы критического анализа; - методологию системного подхода; - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации; - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для

	- производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; - выявлять недостаточность и недостоверность информации при решении проблемных ситуаций		промежуточной аттестации: ТЗ
УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски	Знает: - проблемы, для решения которых планируется проект; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделов 2,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - разрабатывать концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы, формулируя цель, задачи, актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения; - прогнозировать проблемные ситуации и риски в проектной деятельности.	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделов 2,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-2.2. Способен разрабатывать проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности	Знает: - цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - составлять план-график реализации проекта; - определять критерии эффективности проекта.	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта	Знает: - содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ из Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-2, ОПК-9

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление	Знает: - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: КВ и ТЗ из Разделов 1,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ

здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Умеет: - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия -	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: КВ и ТЗ из Разделов 1,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-2.2. Способен прогнозировать состояние здоровья населения и здравоохранения в РФ с учетом социальных детерминант здоровья населения.	Знает: - принципы, этапы планирования мероприятий в соответствии с целями и задачами - способы уменьшения воздействия факторов риска на здоровье граждан	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - наполнять этапы плана содержанием с учетом социальных детерминант здоровья, распределять ответственность за каждый этап между членами команды - корректировать план с учетом промежуточных результатов	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Знает: - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико-статистических показателей	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-9.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения	Знает: - медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - методы анализ медико-статистических показателей-	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделы 3 ,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 3,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными	Знает: - требования законодательства в области информационной безопасности и персональных данных; - виды медицинской документации и требования к ее ведению	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, в соответствии с требованиями	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ

ОПК-9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	Знает: - должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - организовывать рабочие места для находящегося в распоряжении медицинского персонала; - контролировать исполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции – ПК-3

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-3.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях	Знает: - принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях - порядки оказания медицинской помощи - особенности оказания различных видов медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - совершенствовать организационно-управленческую структуру медицинской организации; - формировать систему управления кадрами здравоохранения в медицинской организации	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-3.2 Организовывает работу структурных подразделений медицинской организации	Знает: - нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 5,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - организовать лечебно-диагностический процесс в структурных подразделениях медицинской организации - организовать работу структурных подразделений медицинской организации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 5,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-3.3. Применяет требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности	Знает: - нормативные правовые акты в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности. - принципы организации труда, планово-экономической и финансовой деятельности медицинской организации	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ

	Умеет: - использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел1 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	Защита реферата
Не зачтено	Неполный ответ (отсутствие ответа) на основной вопрос. Неполный ответ (отсутствие ответа) на уточняющие дополнительные вопросы.	70% и менее	Тема не раскрыта или Выбор источников не обоснован. или Выводы не соответствуют практической значимости.
Зачтено	Полный ответ, или правильный ответ на уточняющие вопросы.	71-100%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	. Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет.

Процедура проведения промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 90 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
Р/Д – темы рефератов/докладов
П – презентации

Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.1, ОПК-2.2, ПК-3)
1.Характеристика государственного управления в сфере здравоохранения.
2. Принципы, виды и методы планирования в здравоохранении
3. Виды, формы и условия оказания медицинской помощи
4. Виды медицинских организаций для оказания первичной медико-санитарной помощи
5. Характеристика Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
6. Роль медицинских профессиональных некоммерческих организаций в регулировании здравоохранения РФ

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.1,
ОПК-2.2, ПК-3)

1. Необходимыми предварительными условиями медицинского вмешательства являются все перечисленные, кроме одного:
а) информированное добровольное согласие взрослого пациента;
б) согласие родителей ребенка в возрасте до 15 лет;
в) решение врачебной комиссии о необходимости медицинского вмешательства.

2. В структуру сельского врачебного участка входит:
а) районный тубдиспансер
б) участковая больница
в) сан-эпидотдел

3. В структуру сельского врачебного участка входят:
а) районный наркодиспансер
б) районный тубдиспансер
в) врачебные амбулатории

4. В структуру сельского врачебного участка входит:
а) здравпункт
б) сан-эпидотдел
в) районный наркодиспансер

5. Организует ли центральная районная больница скорую и неотложную помощь:
а) нет
б) иногда
в) да

6. Отделение экстренной и планово-консультативной помощи выполняет следующие функции, кроме:
а) проводит заочные консультации
б) анализирует случаи стойкой утраты трудоспособности
в) организации и проведения выездных консультаций врачей-специалистов

7. Коечный фонд областной больницы составляет:
а) 400-500
б) 200-300
в) 700-1000 и более коек

8. Какие лечебно-профилактические заведения могут направлять больных в областные ЛПУ:
а) городские больницы
б) участковые больницы
в) фельдшерско-акушерские пункты

9. Какие лечебно-профилактические заведения могут направлять больных в областные ЛПУ:
а) участковые больницы
б) фельдшерско-акушерские пункты

в) центральные районные больницы
10. Основными задачами областной больницы являются все перечисленные, кроме:
а) оказания организационно-методической помощи медицинским учреждениям области
б) организации санитарно-эпидемиологических мероприятий в области
в) оказания экстренной и плановой медицинской помощи

11. В областную больницу на прием к специалисту узкого профиля могут направить из сельской местности:
а) врач-специалист ЦРБ
б) фельдшер ФАПа
в) участковый врач сельской больницы

12. На каком этапе помощь оказывается районными медицинскими учреждениями:
а) на третьем
б) на втором
в) на первом

13. Сколько существует этапов оказания медицинской помощи сельскому населению:
а) 3
б) 2
в) 4

14. Консультации больных осуществляются всеми, кроме:
а) специалистов через оперативный отдел
б) прикрепленных к отделениям специалистов
в) консультантов, привлеченных родственниками больных без согласования с администрацией больницы

15. Какой показатель вычисляется отношением числа умерших больных к числу выбывших больных:

а) общая летальность
б) частная летальность
в) досуточная летальность

Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2, УК-2)

7. Факторы среды обитания, оказывающие вредное влияние на организм человека
8. Современные тенденции в состоянии здоровья населения
9. Заболеваемость населения
10. Международная классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем X пересмотра
11. Дайте характеристику демографическим показателям.
12. Национальные проекты в области здравоохранения, демографии и общественного здоровья.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2,
УК-2)

16. Определите, как характеризуется в настоящее время демографическая ситуация в Российской Федерации:
а) увеличением естественного прироста
б) нулевым естественным приростом
в) отрицательным естественным приростом

17. Что такое общественное здоровье:
а) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья
б) наука о закономерностях здоровья
в) наука о социальных проблемах медицины

18. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
а) показатели соотношения, наглядности, инвалидности
б) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели
в) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

19. Что является предметом изучения общественного здоровья и здравоохранения:
а) здоровье населения и факторы, влияющие на него
б) здоровье работающего населения
в) эпидемиология заболеваний

20.Общественное здоровье характеризует здоровье:
а) Населения в целом
б) Отдельных возрастно-половых групп населения
в) Каждого жителя страны
г) Каждого жителя региона
д) Больных, страдающих каким-либо хроническим заболеванием
е) Населения в целом, отдельные возрастно-половые группы населения и больные, 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
з) Все ответы не правильные

27. Группы факторов, определяющие общественное здоровье:
а) Биологические
б) Природно-климатические
в) Социально-экономические
г) Образ жизни
д) Уровень организации медицинской помощи
е) Биологические, природно-климатические, социально-экономические, образ жизни, уровень организации медицинской помощи

28. Год начала истории отечественной страховой медицины:
а) к 1912 г.
б) к 1922 г.
в) к 1991 г.

29. Основатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения в нашей стране:
а) Ю.П. Лисицын
б) Н.А. Семашко
в) З.З. Френкель
г) А.В. Петров
д) З.П. Соловьев

30. Что включает в себя задача по повышению уровня рождаемости согласно демографической политики РФ до 2025 года:
а) Поддержка семей, имеющих детей;

б) Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей;
в) Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей в форме предоставления материнского (семейного) капитала с расширением образованием услуг для тетей, масштабное строительство доступного жилья для семей с детьми;
г) Развитие ипотечного кредитования;
д) Реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей.
е) Поддержка семей, имеющих детей; Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей; Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей в форме предоставления материнского (семейного) капитала с расширением образованием услуг для тетей, масштабное строительство доступного жилья для семей с детьми; Развитие ипотечного кредитования; Реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей.

Раздел 3. Биостатистика.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – 9.1)
13. Перечислите и опишите этапы статистического исследования.
14. Дайте определение генеральной совокупности и выборки.
15. Дайте определение репрезентативности.
16. Дайте определение нулевой и альтернативной гипотез. Опишите ошибки первого и второго рода.
17. Дайте определение ранга.
18. Дайте определение вариационного ряда.
19. Дайте определение варианты.
20. Дайте определение достоверности. Критерии достоверности.
21. Дайте определение корреляционной связи.
22. Сформулируйте основные предположения регрессионного анализа.
23. Виды дизайна клинических исследований.
24. Перечислите виды систематических ошибок.
25. Дайте определение уровня доказательности и класса рекомендаций.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – 9.1)

31. Биомедицинская статистика
   а) не является необходимой областью знания для врача
   б) это инструмент для анализа экспериментальных данных и клинических наблюдений
   в) слишком сложна для восприятия медицинского работника
   г) не нужна в публикационных медицинских материалах

32. Научная гипотеза
   а) рассказ об исследовании
   б) метод анализа данных
   в) предположение о сущности факта или ряда фактов
   г) совпадает с целью исследования

33. Статистика может
   а) улучшить выборку
   б) дать статистическое оценивание результатов исследования
   в) исправить ошибки в измерениях
   г) оценить неизвестные признаки

34. Статистика не может
    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 – ОПК-2.3, ОПК-9.2)
26. Кто имеет и не имеет право на выдачу документов, удостоверяющих нетрудоспособность?
27. Каков порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность?
28. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи, здоровым ребёнком и ребёнком-инвалидом, при карантине, при протезировании, по беременности и родам?
29. Дайте определение стойкой нетрудоспособности, каким рядом факторов она определяется?
30. Что такое электронный листок нетрудоспособности, при каких условиях он выдаётся?

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.3,
ОПК-9.2)

46. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека
а) выдается на срок до 30 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
б) выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
в) выдается на срок до 15 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
г) не выдается;
д) выдается на срок до 21 дня при совместном пребывании с ребенком в

стационарном лечебно-профилактическом учреждении.

47. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением

а) выдается на весь период амбулаторного лечения;
б) не выдается;
в) выдается на срок до 45 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;
г) выдается на срок до 30 дней при амбулаторном лечении;
д) выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях.

48. Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет

а) выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях, но не более чем за 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком; 2) выдается за весь период лечения ребенка при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;
б) не выдается;
в) выдается за весь период при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях, но не более чем за 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
г) выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях.

49. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет выплачивается

а) за период до 10 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
б) по всем случаям ухода за этим ребенком;
в) за период до 15 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
г) за период до 15 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
д) за период до 10 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

50. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком, попечитель указывается двухзначным кодом

а) 39;
б) 42;
в) 38;
г) 41;
д) 40.

51. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком мать указывается двухзначным кодом
а) 38;
б) 42;
в) 40;
г) 39;
д) 41.

52. Листок нетрудоспособности выдается
а) в форме документа на бумажном носителе на бланке утвержденного образца;
б) в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией;
в) в форме произвольного электронного документа;
г) в форме документа на бумажном носителе любого образца;
д) обязательно одновременно в форме документа на бумажном носителе и электронного документа.

53. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности являются:
а) определение сроков временной утраты трудоспособности пациента;
б) оценка состояния здоровья пациента;
в) определение финансовой компенсации на период временной нетрудоспособности пациента;
г) оценка условий труда пациента;
д) определение степени временной утраты трудоспособности пациента.

54. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, выплачивается
а) за 90 дней совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
б) за 21 день совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
в) за 30 дней совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
г) за весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
д) за 60 дней совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях.

55. Лечащий врач может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком
а) до семи календарных дней включительно;
б) до двадцати одного календарного дня включительно;
в) до десяти календарных дней включительно;
г) до тридцати календарных дней включительно;
д) до пятнадцати календарных дней включительно.

56. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «Причина нетрудоспособности» в случае ухода за больным членом семьи указывается двухзначным кодом
а) 14;
б) 12;
в) 09;
г) 13;
д) 15.

57. Фельдшер может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком

а) до пяти календарных дней включительно;
б) до десяти календарных дней включительно;
в) до трех календарных дней включительно;
г) до пятнадцати календарных дней включительно;
д) до семи календарных дней включительно.

58. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение
а) выдается на 10 дней;
б) не выдается;
в) выдается на весь период карантина;
г) выдается на 15 дней;
д) выдается на 7 дней.

59. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком родственника, фактически осуществляющего уход, указывается двухзначным кодом
а) 39;
б) 40;
в) 42;
г) 41;
д) 38.

60. В медицинских организациях листок нетрудоспособности выдают
а) врачи организаций скорой медицинской помощи;
б) врачи центров медицинской профилактики;
в) фельдшеры и зубные врачи фельдшеры и зубные врачи;
г) лечащие врачи;
д) лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений.

Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9.1,
ОПК-9.2, ПК-3.2)
31. Критерии и показатели качества медицинской помощи.
32. Дайте характеристику стандартам медицинской помощи.
33. Приведите примеры стандартизации в здравоохранении
34. Дайте характеристику порядкам оказания медицинской помощи.
35. Дайте характеристику клиническим рекомендациям.
36. Организация внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-3.2)

61. Показатель суточной летальности определяется:
а) отношением числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
б) отношением числа умерших в первые сутки после поступления к числу умерших в больнице
в) отношением числа выбывших из стационара к числу умерших в первые сутки

62. Организация диспансерного наблюдения включает все перечисленное, кроме одного:

а) регулирование потока посетителей поликлиники;
б) активное динамическое наблюдение и лечение;
в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
г) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска;
д) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения.

63. Основными путями улучшения участковой службы являются следующие, кроме:
а) введение платы за обслуживание в поликлинике
б) повышении квалификации заведующих отделениями
в) совершенствование информационного обеспечения

64. Эффективность диспансерного наблюдения оценивается всеми перечисленными показателями, кроме одного:
а) полнота взятия на диспансерное наблюдение;
б) своевременность взятия на диспансерное наблюдение;
в) кратность обострений заболеваний;
г) процент перевода по группам диспансерного наблюдения;
д) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов.

65. Основными показателями деятельности врача-терапевта в поликлинике являются все перечисленные, кроме одного:
а) нагрузка на врачебную должность;
б) средняя длительность лечения больного;
в) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов;
г) эффективность диспансеризации.

66. Для качества врачебной диагностики в стационарных учреждениях используется показатель:
а) частота осложнений;
б) средняя длительность лечения больного;
в) летальность;
г) частота повторных госпитализаций;
д) частота расхождений стационарных и 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 – ОПК-2.1, ОПК-2.2, ОПК-9.3, ПК-3.1, ПК-3.2)
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 – ОПК-2.1,
ОПК-9.3, ПК-3.1, ПК-3.2)

76. Трудовые правоотношения в учреждениях здравоохранения в условиях медицинского страхования регулируются всеми перечисленными нормативными документами, кроме одного:
а) Конституция РФ;
б) Трудовой кодекс;
в) трудовой договор (контракт;)
г) закон «О медицинском страховании граждан в РФ».

77. Документами, дающими право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью, являются:
а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения;
б) сертификат специалиста;
в) лицензия;
г) свидетельство об окончании курсов повышения квалификации.

78. Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:

а) федеральным законом «Об образовании в РФ»
б) приказом Минтруда России
в) Трудовым кодексом РФ
г) федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

79. Профессиональный стандарт — это:

а) характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции
б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности
в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки
г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)

80. Портфолио специалиста формируется:

а) самостоятельно
б) работодателем
в) аккредитационной комиссией
г) непосредственным руководителем работника

81. Не является видом аккредитации специалистов:
а) периодическая
б) дополнительная
в) первичная специализированная
г) первичная

82. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией:

а) по окончании профессиональной переподготовки
б) по окончании ординатуры
в) по окончании повышения квалификации
г) не реже одного раза в пять лет

83. Виды аккредитации:
а) первичная
б) первичная специализированная
в) специализированная
г) периодическая

84. Этапом периодической аккредитации является:
а) оценка портфолио
б) тестирование
в) оценка практических навыков в симулированных условиях
г) решение ситуационных задач

85. Этапом первичной аккредитации является:
а) оценка портфолио
б) тестирование
в) оценка практических навыков в симулированных условиях
г) решение ситуационных задач

86. Этапом первичной специализированной аккредитации является:
а) оценка портфолио
б) тестирование
в) оценка практических навыков в симулированных условиях
г) решение ситуационных задач

87. Должностная инструкция – это:
а) инструкция директора, которую необходимо выполнять в обязательном порядке;
б) документ, в котором отмечены нарушители распорядка дня в офисе;
в) организационно-распорядительный документ длительного или постоянного срока действия (до введения новой), в котором определены научно-технические, технологические, финансовые и другие стороны деятельности организации, ее подразделений и должностных лиц;

88. Лицам, успешно прошедшим аккредитацию специалистов, выдается:
а) сертификат специалиста
б) свидетельство об аккредитации специалиста
в) удостоверение об аккредитации специалиста
г) справка об аккредитации специалиста

89. Дайте определение понятия «медицинский работник»
а) физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность
б) физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности

90) Профессиональный стандарт — это:
а) характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции
б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности
в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки
г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания
(УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-9, ПК-3)

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

ординатура по специальности **31.08.21 Психотерапия**

направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

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 обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;

- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач;

- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);

- выполнение вычислений, расчетов;

- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания,

вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

–репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

–активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др.литературы;

–интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

–разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

–разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

–максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

–использование бланков документов, инструктивных материалов;

–наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

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 31.08.21 Психиатрия-наркология
направленность Психиатрия-наркология

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.

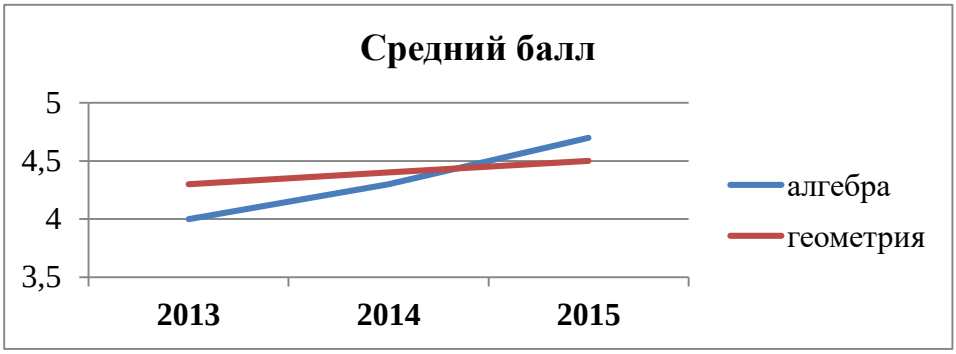


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

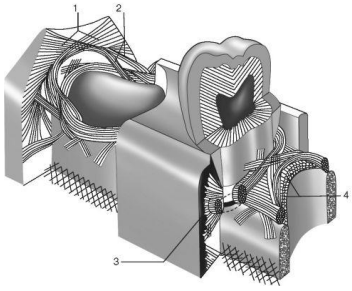


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **ПАТОЛОГИЯ**
(наименование дисциплины)

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

Специальность **31.08.22 Психотерапия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психотерапия**
(наименование направленности)

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
2024

Рабочая программа «Патология» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Размологова Ольга Юрьевна	к.м.н.	Доцент кафедры патологической анатомии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Арутюнян Анна Врежевна	к.м.н.	Доцент кафедры патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Патология» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры патологической физиологии «30» марта 2023 г., протокол № 3 и кафедры патологической анатомии «17» февраля 2023г., протокол № 2/23.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

В дисциплине «Патология» включены основные образовательные технологии. Рабочая программа по данной дисциплине (Патология), по специальности - 31.08.22 Психотерапия 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 (модули)» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия, в его обязательную часть).

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Клиническая практика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1-1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	Знает: - основы и принципы анализа, синтеза, формальной логики	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - применять основы абстрактного мышления, логики и анализа, принципы ведения дискуссий	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знает: - основы патологических процессов (причины и механизмы развития патологических процессов) и исходы заболевания. - основные причины нарушений функций органов и систем и основные принципы патофизиологической, патоморфологической диагностики.	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - работать с медицинской документацией, диагностировать основные патологические процессы с использованием современных методик.	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ПК-2. Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации	ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Знает: - 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 научную методологию в изучении медико-биологических явлений для решения профессиональных задач - применять общие принципы анализа и диагностические методы для решения профессиональных задач.	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 индикаторов достижения 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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ, КВ, КЗ
3	Тема 3. Современные подходы	2	Краткое содержание занятия	УК-1.1	мультимедийна	ТЗ, КВ, КЗ

	интерпретации и выявления тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.		1. Определение и эпидемиология тканевого(опухолевого) роста. 2. Классификация и стадия тканевого атипизма. 3. Этиология и патогенез. 4. Механизмы влияния опухоли на организм.	ОПК-4.1 ПК-2.4	я аппаратура, презентации	
ВСЕГО		**14**				

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

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 Раздел № 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.	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ
ИТОГО в Разделе № 2			**4**	**4**			
ВСЕГО			**4**	**4**			

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

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

**** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

.

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Кол-во час.	из них на ПП	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства*
Раздел № 1						
1.	Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	7	3,5	Ознакомиться с федеральным законом Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ статьи 66-68 Ознакомиться с приказом Минздрава России от 24.03.2016 №179 н «О Правилах проведения прижизненных патологоанатомических исследований»	УК-1.1, ПК-2.4	ТЗ
2.	Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	7	3,5	Виды и механизмы смерти. Признаки биологической смерти. Правила констатации смерти. Приказ Минздрава РФ от 6 июня 2013 г. N 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий"	УК-1.1, ПК-2.4	ТЗ
3.	Правила формулировки посмертного клинического диагноза	7	3,5	Определение диагноза. Правила построения диагноза. Определение «основного заболевания», «осложнений», «сопутствующих заболеваний». Комбинированные заболевания. Принцип кодирования по МКБ-10	УК-1.1, ПК-2.4	ТЗ
4.	Правовые основы работы патологоанатомической службы.	7	3,5	Сличение патологоанатомического и клинического диагнозов, категории расхождения. Понятия «врачебной ошибки», «несчастного случая» и пр.	УК-1.1, ПК-2.4	ТЗ
Итого по Разделу № 1		**28**	**14**			
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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	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-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	ТЗ, КВ, КЗ
3	Современные подходы интерпретации и выявления тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи	9	4	Причины и механизмы развития злокачественных опухолей. Признаки и принципы диагностики злокачественных опухолей. Алгоритм анализа гемограмм и	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	ТЗ, КВ, КЗ

	приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.			решение ситуационных задач.		
Итого по Разделу № 2		**26**	**14**	**** Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания*		
Всего:		**54**	**28**			

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 или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
Раздел №1	ТЗ к разделу 1 :
УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	ТЗ № 1-32
ОПК-4.1 Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	ТЗ № 1-32
ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	ТЗ № 1-32
Раздел № 2	ТЗ к разделу 2:
УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	ТЗ № 1-125
ОПК-4.1 Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	ТЗ № 1-125
ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	ТЗ № 1-125

** ТЗ – тестовые задания*

5.3 Организация промежуточной аттестации - промежуточная аттестация проводится в виде итогового тестирования по двум разделам (патологическая анатомия и патологическая физиология).

5.3.1. Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

5.3.2 Этапы проведения промежуточной аттестации:

К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, не имеющие задолженности по текущему 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 или отдельные индикаторы достижения компетенции
Раздел №1		
ТЗ	**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 Ответ: г	УК-1.1
ТЗ	**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 и наличия инфекционных заболеваний; Неясного прижизненного диагноза Ответ: г	ОПК-4.1
ТЗ	**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) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания; Редкие наблюдения, необычно	ПК-2.4

	протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии; Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств д) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания; Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств Ответ: г	
Раздел № 2		
ТЗ	**Укажите патологические процессы, сопровождающиеся местной недостаточностью кровообращения**: 1. Хроническая сердечная недостаточность. 2. Ишемия и венозная гиперемия. 3. Ортостатический коллапс. 4. Геморрагический шок. Ответ: 2	УК-1.1
ТЗ	**Укажите ведущие патогенетические факторы диабетической кардиомиопатии:** 1. Инсулинорезистентность и гипергликемия. 2. Жировая инфильтрация. 3. Инфильтрация клетками воспаления. 4. Гиперволемия. Ответ: 1	ОПК-4.1
ТЗ	**Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:** 1. Эстрадиол. 2. Билирубин. 3. Инсулин. 4. Фосфолипиды. Ответ: 1	ПК-2.4

***Оценочные средства:** ТЗ-тестовые задания*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *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 (https://minzdrav.gov.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. Клиническая патология / под ред. Паукова В. С. - Москва: Литтерра, 2018. - - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502614.html
2. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный URL: ttps://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449264.html
3. 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
4. Патологическая анатомия: Атлас / В.С. Пауков, В.В. Серов, Н.Е. Ярыгин. — 2-е изд., испр, и перераб. — М/: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. - Текст: электронный URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/44204

Дополнительная литература:

1. Патология: руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный URL: https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2369.html
2. Патологическая анатомия: атлас / [Зайратьянц О. В. и др.]; под ред. О. В. Зайратьянца. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427804.html
3. 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 / 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 31.08.42 31.08.22 Психотерапия 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 31.08.22 Психотерапия.

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:	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность:	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

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

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел № 1 Патологическая анатомия		
Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	ТЗ
Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	ТЗ
Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	ТЗ
Тема 4. Правовые основы работы патологоанатомической службы.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	ТЗ
Раздел № 2 Патологическая физиология		
Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ, ТЗ
Тема 2. Патофизиология метаболического синдрома. Механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4.	КВ, КЗ, ТЗ
Тема 3. Патофизиология тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ, ТЗ

** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

1. **В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции** (индикаторы достижения компетенции): УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

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

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

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.	**Знает** основы и принципы анализа, синтеза, формальной логики	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы.	Для текущего контроля: КВ из раздела 2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет применять основы абстрактного мышления, логики и анализа, принципы ведения дискуссий	При решении задач использует логику, абстрактное мышление, может сформулировать и аргументировать свою точку зрения.	Для текущего контроля: КЗ из раздела 2; и КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	**Знает** основы патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов патологических процессов, нарушений функций органов и систем, основные принципы патоморфологической диагностики.	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы. Полностью ориентирован в специальности	Для текущего контроля: КВ из раздела 2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет работать с медицинской документацией, диагностировать основные патологические процессы с использованием современных методик.	Методически правильно и полноценно оценивает представленную информацию	Для текущего контроля: КВ из раздела 2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции – ПК-2. Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	**Знает** основные современные научные достижения патологической анатомии и базовые естественнонаучные понятия для описания особенностей развития и протекания патологического процесса	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы. Полностью ориентирован в специальности.	Для текущего контроля: КВ из раздела2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет применять научную методологию в изучении медико-биологических явлений для решения профессиональных задач	В ответах широко использует 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 сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме качестве не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: **зачет**

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
КЗ – контрольные задания (можно использовать при выполнении заданий лабораторных работ, контрольных работ и решение клинических задач)

РАЗДЕЛ № 2. Патологическая физиология

Тема 1. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики сердечной недостаточности.
Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Недостаточность кровообращения. Определение понятия. Виды.
2. Синдром сердечной недостаточности. 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 индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Основные механизмы нарушения энергетического обмена. Факторы, влияющие на энергетический обмен.
2. Нарушения белкового состава плазмы крови: гипер-, гипо- и диспротеинемия, парапротеинемия. Причины, механизмы развития и последствия.
3. Голодание. Определение, классификация. Причины и механизмы развития. Факторы, влияющие на продолжительность жизни при голодании.
4. Причины и механизмы развития нарушений всасывания углеводов в пищеварительном тракте.
5. Острые и хронические гипергликемические состояния. Причины, механизмы развития и последствия. Кетоацидотическая и гиперосмолярная кома.
6. Метаболический синдром. Определение, компоненты метаболического синдрома и взаимосвязь между ними.
7. Нарушение основных этапов жирового обмена в организме. Ожирение. Классификация, этиология и патогенез. Патогенетическое значение ожирения.
8. Атеросклероз. Факторы риска, патогенез, осложнения.
9. Механизмы нарушений водно-электролитного обмена. Классификация нарушений.

Тема 3. Современные подходы интерпретации и выявления тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.

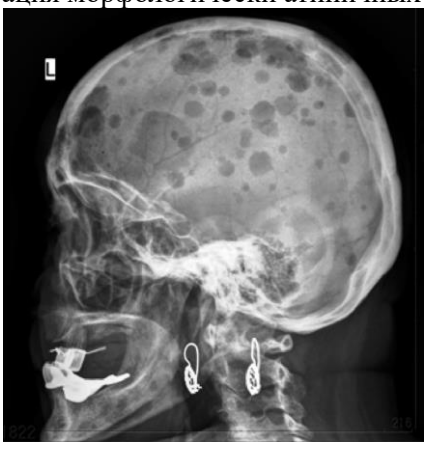
Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

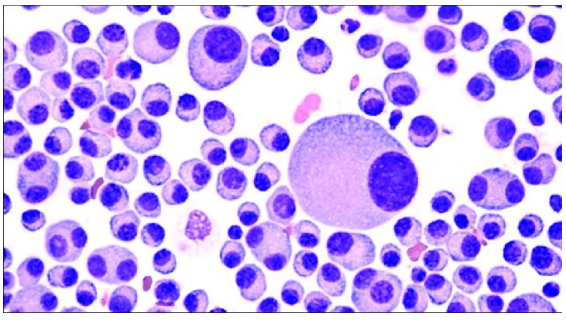
1. Характеристика понятий «опухолевый рост» и «опухоль». Распространённость опухолей.
2. Патогенез опухолевого роста. Сравнительная характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Атипизм опухоли. Структурный, антигенный, биохимический, функциональный атипизм.
4. Классификация канцерогенных факторов. Химические, физические, биологические канцерогенные факторы. Механизмы вирусного канцерогенеза. Онковирусы, их виды.
5. Наследственные факторы в возникновении и развитии опухоли. Теория двойного удара.
6. Опухолевая прогрессия. Стадии опухолевого роста. Пути и механизмы метастазирования. Стадии метастатического каскада.
7. Протоонкогены, онкогены и онкобелки. Характеристика основных групп онкогенов, роль в канцерогенезе.
8. Местное и системное действие опухоли на организм. Паранеопластические синдромы, их основные группы
9. Патогенетически обоснованные подходы к лечению опухолей. Химиотерапия. Таргетная терапия. Лучевая терапия. Иммунотерапия.

<u>Контрольные задания (клинические задачи):</u>

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?

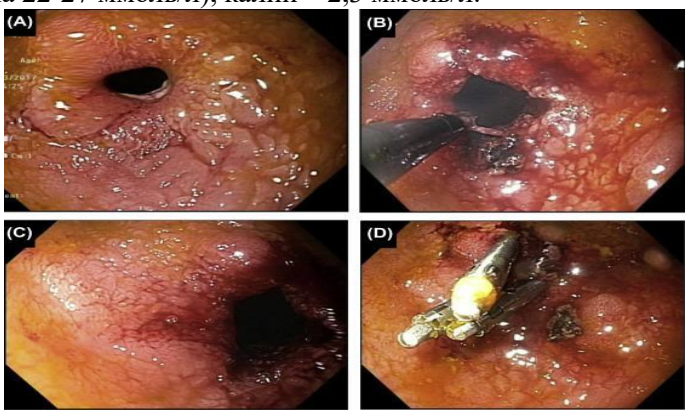
Задача № 2

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.



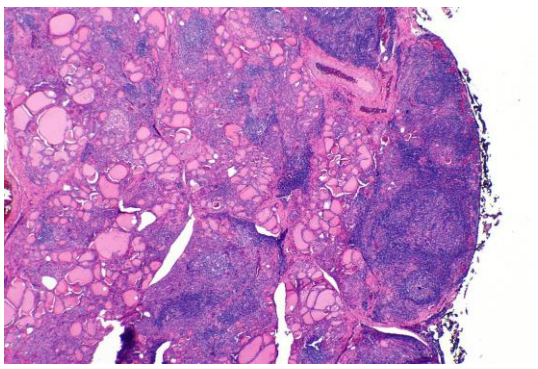


Вопросы:

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.





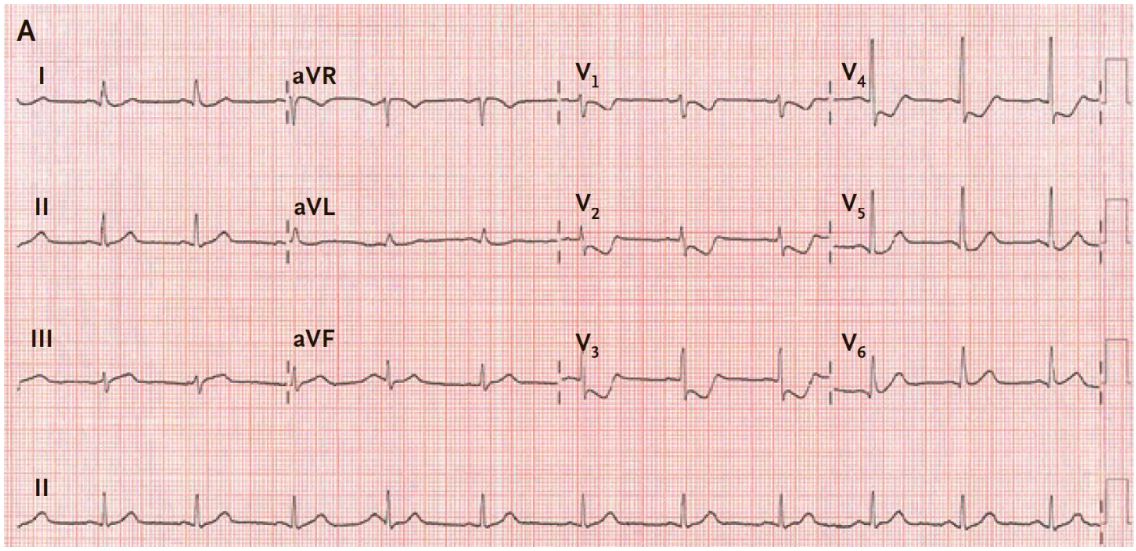
Вопросы:

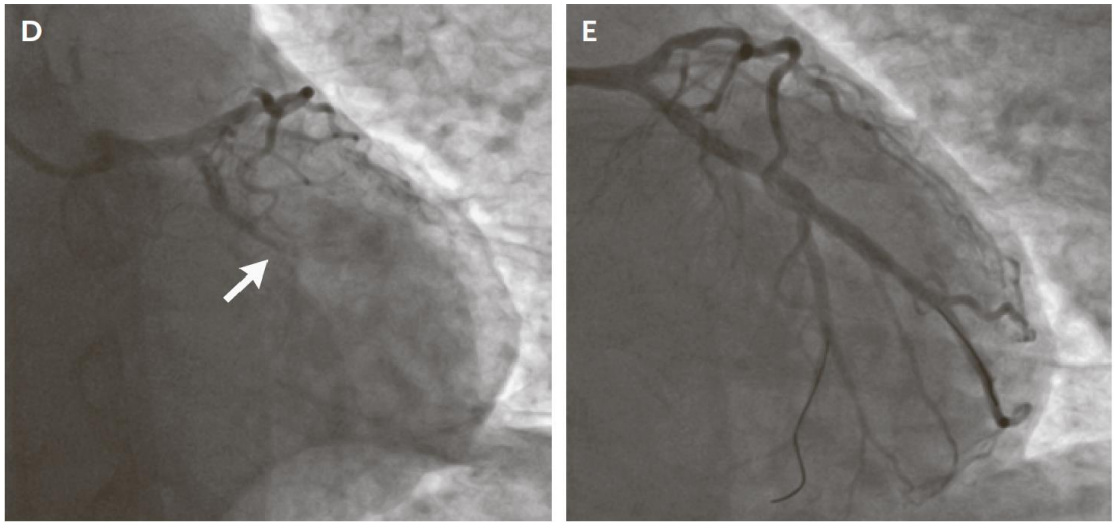
1. Какой тип гиперхолестеринемии у больного?
2. Повышен ли риск атеросклероза?
3. Какой механизм повышения уровня холестерина в крови?
4. Как лечить?

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?

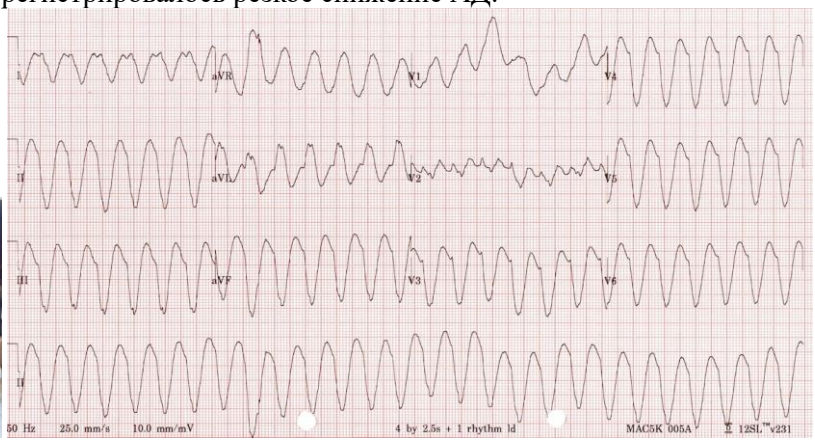
Задача № 5

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?

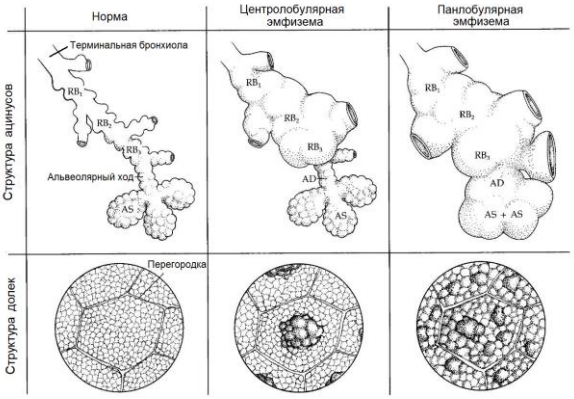
Задача № 6

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:

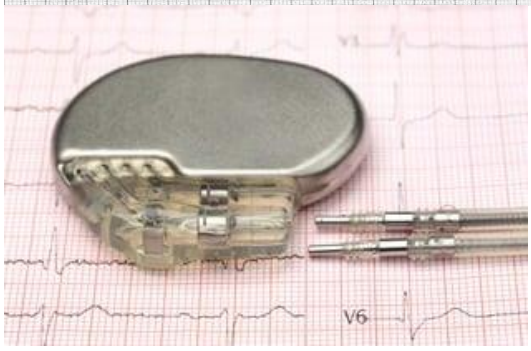
1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой вариант сердечной недостаточности по локализации?
3. Какие признаки свидетельствуют о данной локализации повреждения?
4. Какой вариант сердечной недостаточности по нарушению функции?
5. Какова причина формирования сердечной недостаточности?
6. Какой механизм формирования 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.



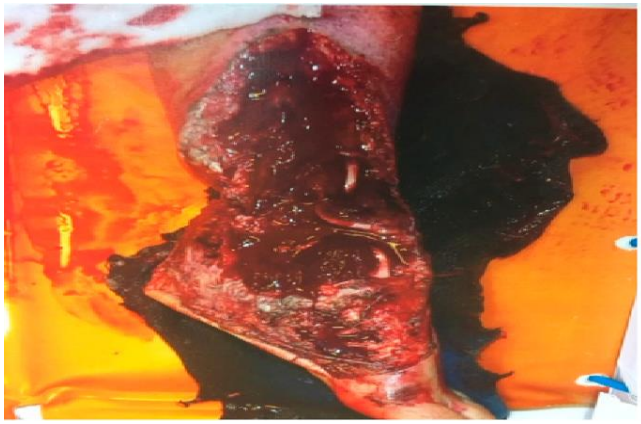


Вопросы:

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.



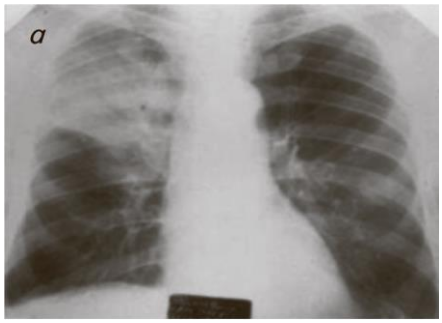


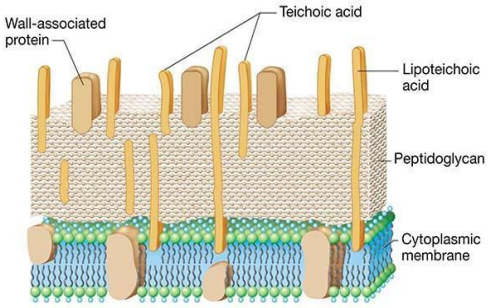
Вопросы:

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).

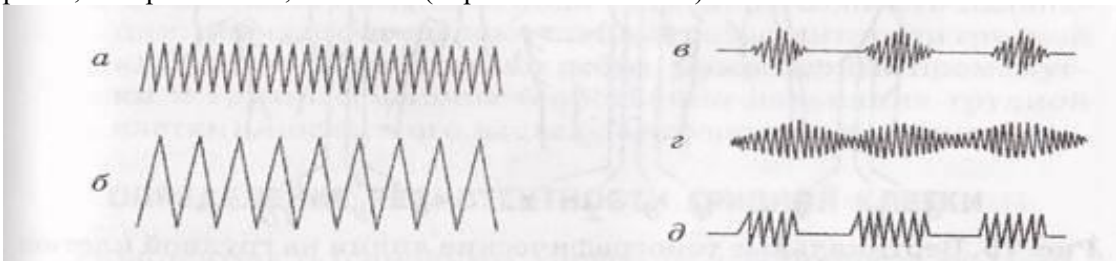


Рис. 74. Нарушения глубины и ритма дыхания: *а* — нормальное дыхание; *б* — дыхание Куссмауля; *в* — дыхание Чейна — Стокса; *г* — дыхание Грокка; *д* — дыхание Биота

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 индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

Выбрать 1 правильный ответ

1. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:
- а) Посмертную и прижизненную диагностику болезней
- б) Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
- в) Уточнение структуры причин смертности населения
- г) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела; Уточнение структуры причин смертности населения
- д) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела

2. Этические нормы врача-патологоанатома определяются:
- 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 амбулатор-

ной карте; Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью

14. В клиническом диагнозе должны также регистрироваться другие состояния, которыми считаются:

а) Патологические процессы
б) Болезни, имевшиеся у больного, но не оказывающие влияние на основное заболевание
в) Начальные звенья патогенеза, ранее диагностированных нозологических единиц
г) Осложнения
д) Заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на лечение пациента

15. Имеют право присутствовать на вскрытии:

а) Родственники умершего, либо их доверенное лицо
б) Врачи отделения, где умер больной
в) Лечащие врачи
г) Следственные органы
д) Врачи отделения, где умер больной; Лечащие врачи

16. При вскрытии трупа оформляются следующие документы:

а) Протокол патологоанатомического исследования
б) Врачебное свидетельство о смерти
в) Заключение о причине смерти
г) Танатогенез
д) Протокол патологоанатомического исследования; Врачебное свидетельство о смерти

17. Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:

а) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток
б) Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний
в) Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
г) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток; Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний; Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
д) Подозрения на насильственную смерть; Неясного прижизненного диагноза

18. Направление трупа на судебно-медицинское исследование независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении производится, если смерть последовала от:

а) Механических повреждений и асфиксии
б) Отравлений, действия крайних температур и электричества
в) Искусственного аборта и насильственных причин
г) Механических повреждений и асфиксии; Отравлений, действия крайних температур и электричества; Искусственного аборта и насильственных причин
д) Механических повреждений; Насильственных причин

19. В педиатрической практике вскрытию подлежат:

а) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении
б) Выкидыши с массой тела более 500 г
в) Все мертворожденные с массой тела более 1000 г
г) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении; Выкидыши с массой тела более 500 г; Все мертворожденные с массой тела более 1000 г
д) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении**;** Все мертворожденные с массой тела более 1000 г

20. При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:
а) Отдельных органов (по Вирхову)
б) Органов по системам (по Абрикосову)
в) Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
г) Отдельных органов (по Вирхову); Органов по системам (по Абрикосову); Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
д) Органов по системам (по Абрикосову); Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)

21. Протокол патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы:
а) Паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть
б) Патологоанатомический диагноз
в) Причина смерти (выписка из свидетельства смерти), краткие клинические данные и клинико-анатомический эпикриз
г) Заключение о причине смерти больного
д) Паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть, патологоанатомический диагноз и клинико-анатомический эпикриз с заключением о причине смерти больного

22. Первоначальная причина смерти:
а) Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
б) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти
в) Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
г) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти или Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
д) Смертельное осложнение

23. Непосредственная причина смерти — это:
а) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
б) Нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного
в) Проявления механизма наступления смерти
г) Основное заболевание
д) Комплекс заболеваний пациента

24. Рубрики посмертного клинического диагноза:
а) Основное заболевание (первоначальная причина смерти)
б) Осложнения
в) Сопутствующие заболевания
г) Основное заболевание; Осложнения; Сопутствующие заболевания
д) Основное заболевание; Осложнения

25. Структура посмертного клинического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:
а) Два основных конкурирующих заболевания
б) Два сочетанных заболевания
в) Основное и фоновое заболевания
г) Два основных конкурирующих заболевания; Два сочетанных заболевания; Основное и фоновое заболевания
д) Основное и сопутствующее заболевания

26. Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:

а) Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти)
б) Основное заболевание записывается только в третью строку (в)
в) Непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)
г) Сопутствующее заболевание записывается в строку II
д) Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной (строка, а), промежуточной (строка б) причин смерти)

27. Посмертный клинический эпикриз включает в себя следующие основные данные:
а) Анамнестические и клинические
б) Лабораторные и рентгенологические
в) Патологоанатомические и гистологические
г) Заключение о причине смерти больного
д) Анамнестические и клинические, лабораторные и рентгенологические, гистологические, заключение о причине смерти больного, посмертный диагноз

28. При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов основных заболеваний устанавливают следующие категории расхождений по:
а) Диагнозу основного заболевания или первого заболевания в комбинированном
б) Важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболеваний или явившимся причиной смерти
в) Второму заболеванию в комбинированном основном (при наличии двух конкурирующих, сочетанных, основного с фоновым)
г) Нозологическому, этиологическому принципу и по локализации процесса
д) Диагнозу основного заболевания

29. На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:
а) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания
б) Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии
в) Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств
г) Все случаи, рекомендованные на заседаниях КИЛИ к разбору
д) Все случаи смерти пациентов в стационаре

30. На клинико-патологоанатомических конференциях также обсуждают:
а) Случаи острых инфекционных заболеваний
б) Случаи запоздалой диагностики и случаи смерти, оставшиеся не ясными
в) Отчет заведующего патологоанатомическим отделением
г) Все случаи, рекомендованные на заседаниях КИЛИ к разбору
д) Случаи перинатальной смерти

31. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:
а) Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования
б) Недоучет клинических и лабораторных данных
в) Переоценку клинических и лабораторных данных
г) Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования; Недоучет клинических и лабораторных данных; Переоценку клинических и лабораторных данных
д) Трудности диагностики заболевания

32. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:

а) Недоучет и переоценку рентгенологических и других функциональных данных
б) Неправильное оформление и построение диагнозов
в) Прочие причины
г) Недоучет и переоценку рентгенологических и других функциональных данных; Неправильное оформление и построение диагнозов; Прочие причины
д) Трудности диагностики заболевания

Тестовые задания Раздел № 2 Патологическая физиология
(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

Выбрать 1 правильный ответ

1. Укажите патологические процессы, сопровождающиеся местной недостаточностью кровообращения:
а) Хроническая сердечная недостаточность.
б) Ишемия и венозная гиперемия.
в) Ортостатический коллапс.
г) Геморрагический шок.

2. Выберите причины преимущественно правожелудочковой недостаточности:
а) Массивная тромбоэмболия легочной артерии.
б) Трикуспидальная регургитация.
в) Хроническая обструктивная болезнь легких.
г) Массивная тромбоэмболия легочной артерии; Трикуспидальная регургитация; Хроническая обструктивная болезнь легких

3. Выберите причины преимущественно левожелудочковой недостаточности:
а) Артериальная гипертензия и ИБС.
б) Трикуспидальная регургитация.
в) Хроническая обструктивная болезнь легких.
г) Пневмоторакс.

4. Выберите сочетание, характеризующее структурно-функциональные изменения в левом желудочке, присущие систолической сердечной недостаточности:
а) ↓ соотношения «масса/объем», ↓ фракции выброса, ↓ диастолической жесткости.
б) ↓ соотношения «масса/объем», ↓ фракции выброса, ↑ диастолической жесткости.
в) ↑ соотношения «масса/объем», ↓ фракции выброса, ↑ диастолической жесткости.
г) ↑ соотношения «масса/объем», ↑ фракции выброса, ↑ диастолической жесткости.

5. Выберите сочетание, характеризующее структурно-функциональные изменения в левом желудочке, присущие диастолической сердечной недостаточности:
а) ↓ соотношения «масса/объем», ↑ толщины стенки, ↓ диастолической жесткости.
б) ↓ соотношения «масса/объем», ↑ толщины стенки, ↑ диастолической жесткости.
в) ↑ соотношения «масса/объем», ↑ толщины стенки, ↑ диастолической жесткости.
г) ↑ соотношения «масса/объем», ↓ толщины стенки, ↑ диастолической жесткости.

6. Выберите наиболее типичные причины диастолической сердечной недостаточности:
а) Тяжелый миокардит.
б) Сахарный диабет.
в) Дилатационная кардиомиопатия.
г) Алкогольная кардиомиопатия.

7. Выберите три наиболее частые причины хронической сердечной недостаточности в РФ в настоящее время:
а) Артериальная гипертензия.

б) Ишемическая болезнь сердца.
в) Сахарный диабет.
г) Артериальная гипертензия; Ишемическая болезнь сердца; Сахарный диабет

8. Какое событие в патогенезе ишемии миокарда приводит к наступлению необратимой фазы повреждения кардиомиоцитов:
а) Внутриклеточный ацидоз.
б) Повышение концентрации 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) Реноприваная 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 АТ1 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 АТ2 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 Р перед каждом комплексом QRS, оценивается на протяжения всей ленты по II стандартному отведению.
б) Наличие отрицательного зубца Т 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 Т 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(АВ) блокады характерно:
а) Расширенный комплекс QRS (больше или ровно 0,12с).
б) Расщепленный или деформированный комплекс QRS.
в) Вторичный зубец Р во II стандартном отведении.

74. Выберите ЭКГ картину при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта(WPW):
а) Коарктация аорты.
б) Уширение и деформация комплекса QRS.
в) Стеноз аорты.

75. Выберите ЭКГ картину при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта(WPW):
а) Наличие дельта волны и нарушение возбудимости.
б) Наличие f волн.
в) Подем сегмента ST.

76. Выберите ЭКГ картину при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта(WPW):
а) Укорочение интервала PQ (меньше 0,12с).
б) Широкий зазубренный зубец S в отведениях I и II.
в) Удлинение интервала PQ (больше 0,12с).

77. Интервал QT отражает:
а) Продолжительность систолы предсердий.
б) Общую продолжительность систолы и диастолы желудочков.
в) Продолжительность диастолы предсердий.
г) Продолжительность общей паузы

78. Какая причина способствует удлинению интервала QT
а) Ишемическая болезнь сердца (ИБС).
б) Энтерит.
в) Хронический гломерулонефрит.
г) Первичный гиперальдостеронизм.

79. Для расчёта относительного, но не абсолютного значения интервала QT используется формула:

а) Лапласа.
б) Базетта.
в) Старра.
г) Эйнтховена.
д) Байеса.

80. Причина укорочения интервала QT:
а) Дигиталисная интоксикация
б) Использование антацидов.
в) Группа препаратов НПВП или НПВС.
г) Пиелонефрит.

81. Выберите характерный признаки на ЭКГ при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта (WPW):
а) Депрессия сегмента ST.
б) Элевация сегмента ST.
в) Наличие дельта волн.
г) Наличие f волн.

82. Выберите характерный признаки на ЭКГ при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта (WPW):
а) Расширение зубец S.
б) Укорочение комплекса QRS.
в) Укорочение интервала PQ.
г) Удлинение интервала PQ,

83. Синдром Вольфа-Паркенсона-Уайта (WPW) на ЭКГ можно разделить на несколько типов:
а) 4 (A, B, C, D).
б) 3 (A, B, C).
в) 2 (A, B).

84. При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
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 P.
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 T.
в) Изменением интервала PQ.

г) Изменением сегмента ST.
д) Расщеплением P.
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 предстательной железы:
а) Легкое.
б) Печень.
в) Головной мозг.
г) Костная ткань.
д) Брюшина.

110. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим:
а) Вирус гепатита В.
б) Вирус гепатита С.
в) Вирус Эпштейна-Барр.
г) Вирус папилломы человека.

111. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке:
а) Нейтрофилы.
б) Тромбоциты.
в) Эритроциты.
г) Эндотелиоциты.
д) Моноциты.

112. Какая из стадий гематогенного метастазирования является самой неэффективной с точки зрения сохранения опухолевых клеток:
а) Циркуляция в кровотоке.

б) Формирование макрометастазов.
в) Экстравазация и формирование микрометастазов.

113. Какой онкогенный вирус обеспечивает онкогенную трансформацию клетки за счет интеграции вирусной ДНК в геном клетки-хозяина и экспрессии вирусных онкобелков Е6 и Е7:
а) Вирус гепатита В.
б) Вирус гепатита С.
в) Вирус Эпштейна-Барр.
г) Вирус папилломы человека.
д) Т-лимфотропный вирус человека.

114. Какой циркулирующий биомаркер является специфичным для рака предстательной железы:
а) Раково-эмбриональный антиген.
б) Альфа-фетопротеин.
в) Фрагмент цитокератина 19.
г) Простатспецифический антиген.
д) Рецептор фолиевой кислоты-1.

115. 115) Гематогенные метастазы при раке молочной железы наиболее часто возникают в следующих органах:
а) Легкие.
б) Печень.
в) Головной мозг.
г) Брюшина.

116. При какой локализации рака формирование сайт-специфических метастазов объясняется преимущественно анатомическими особенностями кровотока:
а) Колоректальный рак.
б) Рак молочной железы.
в) Рак предстательной железы.
г) Немелкоклеточный рак легкого.
д) Саркома Юинга.

117. Направленная доставка цитостатиков дает следующие преимущества:
а) Уменьшение побочных эффектов.
б) Редукцию кровотока в опухоли.
в) Более интенсивный иммунный ответ против опухоли.
г) Возврат клеток опухоли в дифференцированное состояние.

118. Стадия инициации канцерогенеза заключается в:
а) Качественных изменениях свойств опухолевых клеток в сторону малигнизации.
б) Появлении более злокачественного клона клеток.
в) Трансформации нормальной клетки в опухолевую.
г) Активации механизмов антибластомной резистентности организма.

119. К какой из четырех групп онкогенов относится RAS онкоген:
а) Факторы роста.
б) Рецепторы к факторам роста.
в) Внутриклеточная передача сигнала.
г) Гены раннего ответа (транскрипционные факторы).

120. К какой из четырех групп онкогенов относится c-myc онкоген:
а) Рецепторы к факторам роста.
б) Внутриклеточная передача сигнала.

в) Гены раннего ответа (транскрипционные факторы).
г) Факторы роста.

121. Повреждение каких генов значимо для формирования бессмертия опухолевых клеток:
а) Генов, кодирующих факторы роста.
б) Генов, кодирующих рецепторы к факторам роста.
в) Генов-регуляторов тирозинкиназной активности.
г) Генов-индукторов апоптоза.

122. Какая группа химических канцерогенов демонстрирует самую высокую канцерогенную активность:
а) Соли тяжелых металлов.
б) Нитрозосоединения.
в) Цитостатики – алкилирующие агенты.
г) Полициклические ароматические углеводороды.

123. Какой антионкоген обеспечивает репарацию двойных разрывов в ДНК:
а) BRCA1.
б) DCC.
в) APC.
г) Rb1.

124. Какое из перечисленных проявлений относится к местному действию опухоли на организм:
а) Раковая 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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Патология»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Патология» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры патологической физиологии и кафедры патологической анатомии с клиникой.

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция – в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), 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 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.

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.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы, обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

−чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

−составление плана текста;

−графическое изображение структуры текста;

−составление электронной презентации;

−конспектирование текста;

−подготовка выписок из текста;

−работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

−научно-исследовательская работа;

−использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

−работа с конспектом лекций;

−работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

−составление плана и тезисов ответа;

−составление таблиц для систематизации учебного материала;

−изучение нормативных материалов;

−ответы на контрольные вопросы;

−аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

−заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

−подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

−подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

−составление резюме;

−написание истории болезни;

−составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

−решение задач и упражнений по образцу;

−решение вариативных задач и упражнений;

−отработка манипуляций;

−выполнение расчетно-графических работ;

–решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

–подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;

–проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;

–подготовка проектов;

–опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;

–занятия в симуляционных классах, центрах;

–другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

– восстановить в памяти содержание источника;

– составить записи разного рода;

– ускорить проработку источника информации;

– организовать самоконтроль;

– сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. 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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

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.

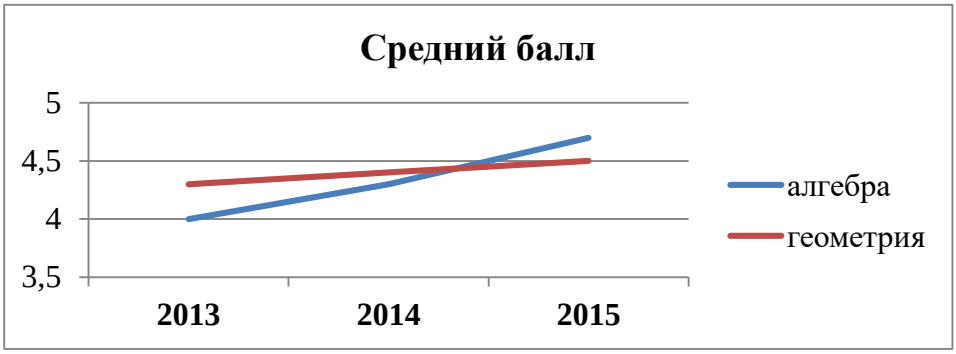


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

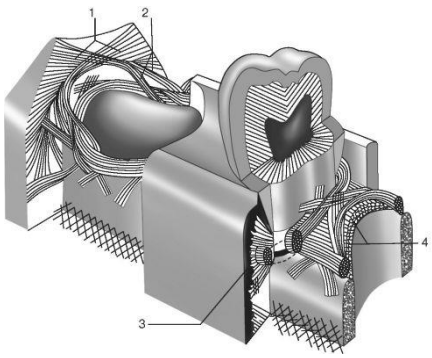


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ**
(наименование дисциплины)

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

Специальность **31.08.22 Психотерапия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психотерапия**
(наименование направленности)

Факультет **Лечебный факультет**
(наименование факультета)

Кафедра **Кафедра инфекционных болезней**
(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**8 час.**
Занятия семинарского типа	**16 час.**
Всего аудиторной работы	**24 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**48 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час. /зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Социально значимые инфекции» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Бузунова Светлана Анатольевна	-	Заведующий учебной частью кафедры инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Социально значимые инфекции» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры инфекционных болезней.

Рабочая программа дисциплины «Социально значимые инфекции» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Инфекционный процесс – один из самых сложных биологических процессов в природе, сопровождает человечество на протяжении всего периода существования, периодически принимая характер эпидемий и пандемий и нанося колоссальный экономический ущерб. В наше время, характеризующееся появлением новых эпидемий и изменением распространения ранее обнаруженных вирусных и бактериальных заболеваний, существует необходимость углубленного изучения социально-значимых инфекционных болезней для врачей всех специальностей.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование у клинических ординаторов углубленных профессиональных знаний в области инфекционных болезней, изучение теоретических и методологических основ специальности, широкой фундаментальной подготовки в современных направлениях медицины.

Задачи изучения дисциплины:

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

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Социально значимые инфекции» относится к обязательной части Блока1 «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами учебного плана основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана:

«Неонатология», «Клиническая практика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Наименование категории компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	**УК-1**. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	**Знает:** - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации в области инфекционных болезней; основные методы критического анализа; - методологию системного подхода к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	**Знает:** - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте применительно к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	**Умеет:** - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски.	**Знает:** - проблемы, для решения которых планируется создание проектов области защиты от социально-значимых инфекций; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта.	Для текущего контроля: КВ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.	**Умеет:** - разрабатывать концепцию проекта борьбы с инфекционными болезнями формулировать цель, задачи	Для текущего контроля: КВ, СЗ

			и ожидаемые результаты.	Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта.	**Умеет:** - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.	Для текущего контроля: КВ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	**Знает:** - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях и методы руководства работой команды медицинского персонала.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.	**Знает:** - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды при решении конкретных задач защиты населения от социально-значимых инфекций	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	**Умеет:** - применять методы психологии в критических ситуациях распространения инфекционных болезней или конфликтных условиях общения	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

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

ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Категория общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового	**Знает:** - Основные методы пропаганды здорового образа жизни и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи - Принципы организации санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания, информирование	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: П

	оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	образа жизни	населения о современных средствах профилактики социально-значимых заболеваний	
		ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	**Знает:** - Принципы формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ **Умеет:** - Организовывать проведение разъяснительной работы с контактными лицами пациентов с социально-значимых заболеваниями и (или) состояниями	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: Д
		ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	**Умеет:** - Оценивать эффективность качество оказания медицинской помощи с населением и пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на основе обработки основных медико-статистических показателей.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: П, Д
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с инфекционным заболеванием	ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	Умеет: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	Для текущего контроля: КВ, СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Умеет**: - Проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Для текущего контроля: КВ, СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		ОПК-4.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения)	**Умеет:** Обоснование и постановка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	Для текущего контроля: КВ, СЗ Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
- в сфере научных исследований	Деятельность в сфере информационных технологий	**ПК-2.** Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Умеет - Проводить анализ показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности в медицинской организации и среди населения - Использовать медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	**Курс 1**
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**24**	24
Из них:			
Занятия лекционного типа		**8**	8
Занятия семинарского типа		**16**	16
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**48**	48
Промежуточная аттестация – **зачет**		**-**	-
Общая трудоемкость дисциплины	**часы**	**72**	72
	зач. ед.	**2**	2
Из них на практическую подготовку		19	19

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

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

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	2	-	6	8	0
Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	-	4	10	14	30%
Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	2	4	10	16	30%
Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	-	4	10	14	30%
Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	2	4	6	12	30%
Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	2	-	6	8	30%
Всего в час.	**8**	**16**	**48**	**72**	**19**

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 30% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1						
1	Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	2	**1.**Понятие социально значимых инфекций 2.Социально-значимые инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем (туберкулез, новая короновирусная инфекция) 3.Социально-значимые инфекции, передающиеся парентеральным путем (парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция)	УК-1.1 УК-1.3	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
2	Раздел 3. Коронавирусная инфекция	2	Краткое содержание темы: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	УК-1.2	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
3	Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	2	1.Определение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями 2.Предотвращение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями: специфическая профилактика, неспецифическая профилактика. 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимого заболевания в медицинской организации	ОПК-2.1	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
4	Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	2	1.Специфическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 2.Неспецифическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимых заболеваний среди населения	ОПК-2.2	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
Всего		**8**				

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, Р- реферат, П-презентация.*

4.4 Тематический план занятий семинарского типа - практические занятия

№ раздела	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
Раздел 2	Семинар	Вирусные гепатиты:	4	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, СЗ
Раздел 3	Семинар	Коронавирусная инфекция	4	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, СЗ
Раздел 4	Семинар	ВИЧ-инфекция	4	30%	ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, СЗ
Раздел 5	Семинар	Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	4	30%	1.Определение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями 2.Предотвращение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями: специфическая профилактика, неспецифическая профилактика. 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимого заболевания в медицинской организации	УК-2.1 УК-2.2 УК-2.3	КВ, СЗ
Всего в час.			**16**	**5**			

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

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

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Кол-во часов	из них на ПП	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства** для текущего контроля
1	Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	6	0	1.Социально-значимые инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем (туберкулез, новая короновирусная инфекция) 2.Социально-значимые инфекции, передающиеся парентеральным путем (парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция)	УК-1.1 УК-1.3	КВ
2	Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	10	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, Р
3	Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	10	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, Р
4	Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	10	30%	ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, Р
5	Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	6	30%	1.Определение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями 2.Предотвращение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями: специфическая профилактика, неспецифическая профилактика. 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимого заболевания в медицинской организации	ОПК-2.1	КВ, П
6	Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	6	30%	1.Специфическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 2.Неспецифическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимых заболеваний среди населения	ОПК-2.2	КВ, Д
Всего в час.		**48**	**14**			

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, Д – доклад, Р – реферат, П - презентация*

Примерная тематика рефератов:

1. ВИЧ-инфекция: этиология и патогенез заболевания.
2. Современные подходы к терапии ВИЧ-инфекции.
3. Поражение нервной системы при инфекционных заболеваниях.
4. Вирусные гепатиты А и Е: патогенез, диагностика, лечение.
5. Инфекционные заболевания с поражением сердечно-сосудистой системы: принципы дифференциальной диагностики.
6. Современные подходы к диагностике и лечению диареи путешественников.
7. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях.
8. Инфекционно-токсический шок: патогенез, клиника, лечение.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии группового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	СЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	3	-
	Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	9	2
	Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	18	
	Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	10	
	Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	21	-
	Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	21	-
ИТОГО		**82**	**2**

КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи, Д (доклады), П-презентация

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

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает фрагментарные знания.

«Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Не зачтено» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие

вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.
«Зачтено» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	КВ, СЗ учёт Р
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	КВ
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	КВ, учёт Д, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с инфекционным заболеванием	КВ, СЗ
ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	КВ

КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи, Д – доклады, Р-реферат, П -презентация

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Зачет состоит из контрольных вопросов по всем разделам программы и решения ситуационной задачи. Критерии оценки качества знаний ординаторов: зачет при 70% правильных ответов, решена ситуационная задача. Незачет – ординатор демонстрирует фрагментарные знания, нет целостного представления ни по одному из заданных вопросов, не решена ситуационная задача.

Примеры типовых оценочных средств для проверки формирования компетенций:

Типовые контрольные вопросы (УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4.)

1. Этиология вирусных гепатитов;
2. Клиническая классификация острых вирусных гепатитов (формы, степень тяжести, характер течения);
3. Клиника начального (преджелтушного) периода острых вирусных гепатитов;
4. Лабораторные исследования, которые можно выполнить в целях ранней диагностики вирусного гепатита;
5. Клинико-лабораторные и вирусологические исследования необходимые для диагностики острых вирусных гепатитов A, B, C, D, E;
6. Роль эпидемиологических предпосылок в диагностике вирусных гепатитов;

7. Функции печени, клиническое значение нарушений пигментного обмена, метаболизма белка, состояния гемостаза;
8. Наиболее характерные функциональные и морфологические изменения печени у больного тяжелой формой острого вирусного гепатита;
9. Изменения психики, характеризующие крайне тяжелое состояние больных острым вирусным гепатитом;
10. Клинические признаки, прогнозирующие острую печеночную недостаточность;
11. Лабораторные показатели, применяемые для оценки тяжести состояния больных и прогноза развития острой печеночной недостаточности;
12. Клинико-лабораторная оценка степени тяжести острых вирусных гепатитов;
13. Естественное течение и патогенез вирусных гепатитов A, E, B, C, D, предпосылки к формированию хронического течения;
14. Заместительная и патогенетическая терапия острых вирусных гепатитов;
15. Показания и противопоказания для назначения больным острыми гепатитами глюкокортикоидов;
16. Показания к этиотропной (противовирусной) терапии больных острыми;
17. Клинико-лабораторные и функциональные показатели, применяемые для оценки полноты выздоровления от острого вирусного гепатита.

Типовые ситуационные задачи (УК-2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

ЗАДАЧА №1

Военнослужащий по контракту старший сержант Г. заболел накануне вечером, когда появились разлитые боли в животе, которые постепенно локализовались в правой подвздошной области. За сутки отмечался трехкратный жидкий стул, утром заметил изменение цвета мочи («потемнение»).

Состояние удовлетворительное. Температура тела 38,7°С. Кожа обычной окраски, на туловище и конечностях – обильная мелкопятнистая и точечная сыпь со сгущением в подмышечных впадинах и около лучезапястных суставов, кисти рук и стоп гиперемированы. В ротоглотке умеренная диффузная гиперемия. Пульс ритмичный, 88 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, звучные. Границы сердца в пределах нормы. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 20 в 1 минуту. Язык суховат, обложен белым налетом с отпечатками зубов по краям. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в илеоцекальной области; здесь же определяется грубое урчание. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, мягкий, эластичный, чувствительный. Размеры печени по Курлову 12х10х8 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный без патологических примесей. Моча светло-коричневого цвета. Диурез достаточный.

Определите:

1) предварительный клинический диагноз болезни;
2) перечень заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики;
3) объем и содержание лечебной помощи в медицинском пункте, части и госпитале;
4) особенности эвакуации в ВМО;
5) диспансерное динамическое наблюдение.

ЗАДАЧА №2

Во время амбулаторного приема военнослужащий по призыву рядовой Б. обратился с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, тошноту, чувство тяжести и боль в правом подреберье. В течение 2-х последних дней отметил у себя потемнение мочи (цвета «заваренного чая»).

Около 2-х недель назад во время совершения марш-броска по пересеченной местности во время короткого привала пил воду из открытого водоисточника. Рядом находилось поле со стогами сена.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,8ºС. Склеры субиктеричные. Кожа незначительной желтушной окраски, на туловище и конечностях мелкопятнистая и точечная сыпь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в илеоцекальной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13х9х7 см. Пальпируется селезенка. Моча коричневой окраски. Кал жидкий без патологических примесей до 5 раз за сутки.

Определите:

1) предварительный клинический диагноз заболевания;

2) перечень возможных осложнений;

3) заболевания требующие проведения дифференциальной диагностики;

4) перечень лабораторных исследований в условиях части и военного госпиталя для подтверждения диагноза;

5) объем медицинской помощи на догоспитальном этапе и в условиях инфекционного отделения госпиталя.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *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 (https://minzdrav.gov.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. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465196.html
2. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454213.html
3. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней [в 2 т.]. / Н.И. Брико, Г.Г. Онищенко, В.И. Покровский. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст: электронный // URL:https://www.medlib.ru/library/library/books/32980
4. Инфекции, передаваемые половым путем / Кисина В. И., Гущин А. Е., Забиров К. И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453322.html
5. Эпидемиология и вакцинопрофилактика гриппа в условиях COVID-19: учебное пособие / М. П. Костинов, Е. Г. Симонова, Н. Н. Филатов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459874.html
6. Общая эпидемиология: Курс лекций / Е.Д. Савилов. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/37140

Дополнительная литература:

1. Экономика, организация и управление государственной санитарно-эпидемиологической службой: учебное пособие / О. В. Митрохин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464915.html

2. Вакцинопрофилактика работающего населения: Руководство для врачей /Под ред. И.В. Бухтиярова, Н.И. Брико. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст: электронный // URL:https://www.medlib.ru/library/library/books/37109
3. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зимина, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html
4. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434642.html
5. Лекции по инфекционным болезням. Том 1. / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436998.html
6. Лекции по инфекционным болезням Т. 2 / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437001.html

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Учебно-методическое пособие «Порядок оформления курсовой работы обучающимися по программам ординатуры» [Электронный ресурс]: мhttp://education.almazovcentre.ru/wp-ontent/uploads/2020/01/Poryadok_oformlenya_kursovoy_ordynatura.pdf
2. «Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы» по основным профессиональным образовательным программам ординатуры.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Социально значимые инфекции» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

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

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

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

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

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами

обучения, служащими для представления учебной информации.

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

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – укомплектовано специализированной мебелью для хранения оборудования и техническими средствами для его обслуживания Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Социально значимые инфекции» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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 «Социально значимые инфекции» 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
«СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач-психотерапия**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

777

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	УК-1.1, УК-1.3	КВ
Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ПК-2.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3	КВ,СЗ
Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	ПК-2.2, УК-1.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3	КВ,СЗ
Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	ПК-2.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3	КВ,СЗ
Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, ОПК-2.1	КВ, Д
Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	УК-3., ОПК-2.2, ОПК-2.3	КВ, Д

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

1. **В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции или отрабатываются индикаторы компетенций:**

Универсальные компетенции:
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Общепрофессиональные компетенции:
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с инфекционным заболеванием

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

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

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	**Знает:** - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации в области инфекционных болезней; основные методы критического анализа; - методологию системного подхода к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний.	Правильность и полнота ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела № 1, 3 Для промежуточной аттестации: КВ
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	**Знает:** - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте применительно к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 2 Для промежуточной аттестации: КВ
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	**Умеет:** - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты	Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 1, 3 Для промежуточной аттестации: КВ
УК-2.1. Способен определить проблемы проекта и минимизировать возможные риски.	**Знает:** - проблемы, для решения которых планируется создание проектов области защиты от социально-значимых инфекций; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта.	Соблюдение алгоритма Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 5; СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
УК-2.2. Способен разрабатывать проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.	**Умеет:** - разрабатывать концепцию проекта борьбы с инфекционными болезнями формулировать цель, задачи и ожидаемые результаты.	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 5; СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
УК-2.3. Способен проводить контроль этапов и оценку результатов проекта.	**Умеет:** - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 5; СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства	**Знает:** - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях и методы руководства	Соблюдение алгоритма	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	работой команды медицинского персонала.		
УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.	**Знает:** - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды при решении конкретных задач защиты населения от социально-значимых инфекций	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	**Умеет:** - применять методы психологии в критических ситуациях распространения инфекционных болезней или конфликтных условиях общения	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	**Знает:** - Основные методы пропаганды здорового образа жизни и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи - Принципы организации санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания, информирование населения о современных средствах профилактики социально-значимых заболеваний	Правильность Полнота ответа и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 5, 6; П Для промежуточной аттестации: П
ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	**Знает:** - Принципы формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ **Умеет:** - Организовывать проведение разъяснительной работы с контактными лицами пациентов с социально-значимых заболеваниями и (или) состояниями	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 5, 6; Д Для промежуточной аттестации: Д
ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	**Умеет:** - Оценивать эффективность качество оказания медицинской помощи с населением и пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на основе обработки основных медико-статистических показателей.	Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: П, Д

ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	**Умеет:** Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,3,4; СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Умеет**: - Проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Соблюдение алгоритма Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,3,4; СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
ОПК-4.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения)	**Умеет:** Обоснование и постановка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,3,4; СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	Умеет - Проводить анализ показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности в медицинской организации и среди населения - Использовать медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа	Правильность Полнота ответа и др. Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 1-4 Для промежуточной аттестации: КВ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
ПН – практические навыки

Оценка	Вид задания	
	Собеседование по контр. вопросам	Решение ситуационных задач
Незачтено	Демонстрирует отсутствие знаний. Пространное изложение содержания сути заданного вопроса. Путаница в научных понятиях. Отсутствие ответов на ряд дополнительных, наводящих вопросов.	Отсутствие способности анализировать клиническую ситуацию, неумение найти правильное решение из-за отсутствия знаний
Зачтено	Демонстрирует знания по заданному вопросу и умение отвечать на вопросы.	Демонстрация способности анализировать клиническую ситуацию и выбора решения, которое может быть частично правильным

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции или индикатора
Компетенция (часть) не сформирована	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Демонстрирует отсутствие знаний для клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния, не может интерпретировать и анализировать информацию для оценки состояния пациента. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме качестве не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: **зачет.**

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ПК-2.2
2 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-2, ОПК-4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
СЗ – ситуационные задачи
Р/Д – темы рефератов/докладов
П – презентации

Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, УК-1.3)

1. Социально-значимые заболевания. Определение. Перечень социально-значимых заболеваний инфекционной природы.
2. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
3. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К каким группам патогенности относятся вирус гепатита С, вирус гепатита В, ВИЧ, микобактерия туберкулеза?

Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы. Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. Парентеральные гепатиты. Определение. Группы риска.
2. Гепатит В. Определение (своими словами близко к определению из клинических рекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
3. Гепатит В. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
4. Гепатит В. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg.
5. Каких лиц необходимо обследовать на гепатит Д?
6. Гепатит С. Определение (своими словами близко к определению из клинических рекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
7. Гепатит С. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
8. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb.
9. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb и РНК.

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

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Определение (своими словами близко к определению из Временных методических рекомендаций), возбудитель, источник инфекции.
2. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Какие еще вирусы семейства Coronaviridae вызывали ранее вспышки заболевания у человека помимо SARS-CoV-2.
3. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К какой группе патогенности относится вирус SARS-CoV-2?
4. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Пути передачи, факторы передачи.
5. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Длительность инкубационного периода в зависимости от вариантов вируса (обычны, но циркулирующие варианты, Омикрон).
6. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Органы-мишени вируса SARS-CoV-2.
7. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Клинические варианты.
8. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Классификация по степени тяжести.
9. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Наиболее часто встречающиеся варианты кожных сыпей.
10. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика этиологическая.
11. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика общая. Прогностические маркеры.
12. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Перечислить методы.
13. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Степени тяжести поражения легких по КТ (эмпирическая шкала).
14. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Основные используемые принципы лечения (кратко).
15. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Этиотропное лечение, группы препаратов.
16. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Патогенетическое лечение, группы препаратов.
17. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Симптоматическое лечение, группы препаратов.
18. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Общие принципы выписки из медицинской организации.

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

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. ВИЧ-инфекция. Определение (своими словами близко к определению из клинических рекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции.
2. ВИЧ-инфекция. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
3. Почему рост кумулятивного числа случаев ВИЧ-инфекции в России и во всем мире прогрессивно нарастает?

4. Скрининговые маркеры при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию, гепатит В, гепатит С.
5. ВИЧ-инфекция. Уязвимые группы и группы риска.
6. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие обязательному освидетельствованию.
7. ВИЧ-инфекция. Лица, рекомендуемые для добровольного обследования (не относящиеся к категории уязвимых лиц)
8. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить лиц из категории уязвимых групп).
9. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить контингенты, обследуемые добровольно по клиническим показаниям).
10. ВИЧ-инфекция. Почему больных инфекционным мононуклеозом старше 13 лет обследуют на ВИЧ инфекцию при постановке диагноза? Зачем их обследуют на ВИЧ-инфекцию повторно через 3 месяца после начала заболевания?

Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, ОПК-2.1)

1. Профилактика. Медицинская профилактика. Контактные лица. Определение понятий. Кем осуществляется медицинская профилактика.
2. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
3. ВИЧ-инфекция. Мероприятия в отношении источника инфекции.
4. Гепатиты В и С. Мероприятия в отношении источника инфекции.
5. Туберкулез. Мероприятия в отношении источника инфекции.
6. Мероприятия в отношении путей передачи: дезинфекция. Виды дезинфекции.
7. Дезинфекция в месте проживания больного гепатитом В или С.
8. Регламентирована ли дезинфекция по месту работы больного гепатитом В и С? Почему?
9. Дезинфекция в месте проживания или по месту работы больного ВИЧ-инфекцией. Регламентирована ли в действующем СанПин или в действующих клинических рекомендациях?
10. Дезинфекция в месте проживания пациента, больного туберкулезом.
11. В каком случае проводится дезинфекция по месту работы в случае выявления больного туберкулезом?
12. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, не входящих в группы риска: возраст подлежащих вакцинации, указать схему.
13. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, относящихся к группам риска. Перечислить группы риска, указать схему.
14. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от гепатита В экстренная и по эпидемическим показаниям.
15. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Гепатит В. Пассивная профилактика иммуноглобулином. Кому и когда проводится.
16. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от туберкулеза.

17. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза детей от ВИЧ-инфицированных матерей (вопрос для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов).
18. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза экстренная и по эпидпоказаниям. Проводится ли? Почему?
19. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика ВИЧ. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика ВИЧ.
20. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Неспецифическая профилактика социально-значимых инфекций.
21. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика туберкулеза. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика туберкулеза.

Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.2, ОПК-2.3)

1. Профилактика. Медицинская профилактика. Контактные лица. Определение понятий. Кем осуществляется медицинская профилактика.
2. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
3. ВИЧ-инфекция. Мероприятия в отношении источника инфекции.
4. Гепатиты В и С. Мероприятия в отношении источника инфекции.
5. Туберкулез. Мероприятия в отношении источника инфекции.
6. Мероприятия в отношении путей передачи: дезинфекция. Виды дезинфекции.
7. Дезинфекция в месте проживания больного гепатитом В или С.
8. Регламентирована ли дезинфекция по месту работы больного гепатитом В и С? Почему?
9. Дезинфекция в месте проживания или по месту работы больного ВИЧ-инфекцией. Регламентирована ли в действующем СанПин или в действующих клинических рекомендациях?
10. Дезинфекция в месте проживания пациента, больного туберкулезом.
11. В каком случае проводится дезинфекция по месту работы в случае выявления больного туберкулезом?
12. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, не входящих в группы риска: возраст подлежащих вакцинации, указать схему.
13. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, относящихся к группам риска. Перечислить группы риска, указать схему.
14. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от гепатита В экстренная и по эпидемическим показаниям.
15. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Гепатит В. Пассивная профилактика иммуноглобулином. Кому и когда проводится.
16. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от туберкулеза.
17. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза детей от ВИЧ-инфицированных матерей (вопрос для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов).

18. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза экстренная и по эпидпоказаниям. Проводится ли? Почему?
19. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика ВИЧ. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика ВИЧ.
20. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Неспецифическая профилактика социально-значимых инфекций.
21. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика туберкулеза. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика туберкулеза.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции в целом или индикаторы компетенции:
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2.2, ОПК-2, ОПК-4)

1. Социально-значимые заболевания. Определение. Перечень социально-значимых заболеваний инфекционной природы.
2. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
3. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К каким группам патогенности относятся вирус гепатита С, вирус гепатита В, ВИЧ, микобактерия туберкулеза?
4. ВИЧ-инфекция. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции.
5. ВИЧ-инфекция. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
6. Почему рост кумулятивного числа случаев ВИЧ-инфекции в России и во всем мире прогрессивно нарастает?
7. Скрининговые маркеры при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию, гепатит В, гепатит С.
8. ВИЧ-инфекция. Уязвимые группы и группы риска.
9. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие обязательному освидетельствованию.
10. ВИЧ-инфекция. Лица, рекомендуемые для добровольного обследования (не относящиеся к категории уязвимых лиц)
11. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить лиц из категории уязвимых групп).
12. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить контингенты, обследуемые добровольно по клиническим показаниям).
13. ВИЧ-инфекция. Почему больных инфекционным мононуклеозом старше 13 лет обследуют на ВИЧ инфекцию при постановке диагноза? Зачем их обследуют на ВИЧ-инфекцию повторно через 3 месяца после начала заболевания?
14. Парентеральные гепатиты. Определение. Группы риска.
15. Гепатит В. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
16. Гепатит В. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.

17. Гепатит В. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg.
18. Каких лиц необходимо обследовать на гепатит Д?
19. Гепатит С. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
20. Гепатит С. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
21. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb.
22. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb и РНК.
23. Туберкулез. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции.
24. Туберкулез. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода. Понятие «инфицированность».
25. Скрининговое обследование на туберкулез детей от 0 до 7 лет, 8-14 лет, лиц старше 14 лет.
26. IGRA-тесты. Что лежит в их основе?
27. Профилактика. Медицинская профилактика. Контактные лица. Определение понятий. Кем осуществляется медицинская профилактика.
28. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
29. ВИЧ-инфекция. Мероприятия в отношении источника инфекции.
30. Гепатиты В и С. Мероприятия в отношении источника инфекции.
31. Туберкулез. Мероприятия в отношении источника инфекции.
32. Мероприятия в отношении путей передачи: дезинфекция. Виды дезинфекции.
33. Дезинфекция в месте проживания больного гепатитом В или С.
34. Регламентирована ли дезинфекция по месту работы больного гепатитом В и С? Почему?
35. Дезинфекция в месте проживания или по месту работы больного ВИЧ-инфекцией. Регламентирована ли в действующем СанПин или в действующих клинических рекомендациях?
36. Дезинфекция в месте проживания пациента, больного туберкулезом.
37. В каком случае проводится дезинфекция по месту работы в случае выявления больного туберкулезом?
38. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, не входящих в группы риска: возраст подлежащих вакцинации, указать схему.
39. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, относящихся к группам риска. Перечислить группы риска, указать схему.
40. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от гепатита В экстренная и по эпидемическим показаниям.
41. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Гепатит В. Пассивная профилактика иммуноглобулином. Кому и когда проводится.
42. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от туберкулеза.

43. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза детей от ВИЧ-инфицированных матерей (вопрос для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов).
44. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза экстренная и по эпидпоказаниям. Проводится ли? Почему?
45. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика ВИЧ. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика ВИЧ.
46. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Неспецифическая профилактика социально-значимых инфекций.
47. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика туберкулеза. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика туберкулеза.
48. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Определение (своими словами близко к определению из Временных методических рекомендаций), возбудитель, источник инфекции.
49. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Какие еще вирусы семейства Coronaviridae вызывали ранее вспышки заболевания у человека помимо SARS-CoV-2.
50. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К какой группе патогенности относится вирус SARS-CoV-2?
51. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Пути передачи, факторы передачи.
52. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Длительность инкубационного периода в зависимости от вариантов вируса (циркулирующие варианты, например, Омикрон).
53. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Органы-мишени вируса SARS-CoV-2.
54. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Клинические варианты.
55. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Классификация по степени тяжести.
56. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Наиболее часто встречающиеся варианты кожных сыпей.
57. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика этиологическая.
58. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика общая. Прогностические маркеры.
59. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Перечислить методы.
60. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Степени тяжести поражения легких по КТ (эмпирическая шкала).
61. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Основные используемые принципы лечения (кратко).
62. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Этиотропное лечение, группы препаратов.
63. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Патогенетическое лечение, группы препаратов.
64. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Симптоматическое лечение, группы препаратов.
65. Новая короновирусная инфекция COVID-19. Общие принципы выписки из медицинской организации.

66. Профилактика риска профессионального заражения. Определение термина ИСМП, что в него входит (своими словами).
67. Профилактика риска профессионального заражения. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
68. Профилактика риска профессионального заражения. Определение профессионального риска (своими словами).
69. Профилактика риска профессионального заражения. Риски заражения гепатитом В, гепатитом С, ВИЧ-инфекцией в процентном соотношении.
70. Профилактика риска профессионального заражения. Наиболее заразные биологические жидкости.
71. Профилактика риска профессионального заражения. Контингенты медработников, подлежащие обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию при приеме на работу и далее ежегодно.
72. Профилактика риска профессионального заражения. Алгоритм обработки рук при возникновении травмы на рабочем месте.
73. Профилактика риска профессионального заражения. Алгоритм документирования аварийной ситуации.
74. Профилактика риска профессионального заражения. Алгоритм тестирования пострадавшего и пациента (гемоконтактные инфекции).
75. Профилактика риска профессионального заражения. Срок начала химиопрофилактики ВИЧ-инфекции (минимальный-максимальный).
76. Профилактика риска профессионального заражения. Методы постконтактной профилактики гепатита В (у привитого, у не привитого).

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции (УК-2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

ЗАДАЧА № 1

Военнослужащий по контракту старший сержант Г. заболел накануне вечером, когда появились разлитые боли в животе, которые постепенно локализовались в правой подвздошной области. За сутки отмечался трехкратный жидкий стул, утром заметил изменение цвета мочи («потемнение»).

Состояние удовлетворительное. Температура тела 38,7°С. Кожа обычной окраски, на туловище и конечностях – обильная мелкопятнистая и точечная сыпь со сгущением в подмышечных впадинах и около лучезапястных суставов, кисти рук и стоп гиперемированы. В ротоглотке умеренная диффузная гиперемия. Пульс ритмичный, 88 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, звучные. Границы сердца в пределах нормы. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 20 в 1 минуту. Язык суховат, обложен белым налетом с отпечатками зубов по краям. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в илеоцекальной области; здесь же определяется грубое урчание. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, мягкий, эластичный, чувствительный. Размеры печени по Курлову 12х10х8 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный без патологических примесей. Моча светло-коричневого цвета. Диурез достаточный.

Определите:

1) предварительный клинический диагноз болезни;

2) перечень заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики;

3) объем и содержание лечебной помощи в медицинском пункте, части и госпитале;

4) диспансерное динамическое наблюдение.

ЗАДАЧА № 2

Во время амбулаторного приема военнослужащий по призыву рядовой Б. обратился с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, тошноту, чувство тяжести и боль в правом подреберье. В течение 2-х последних дней отметил у себя потемнение мочи (цвета «заваренного чая»).

Около 2-х недель назад во время совершения марш-броска по пересеченной местности во время короткого привала пил воду из открытого водоисточника. Рядом находилось поле со стогами сена.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,8ºС. Склеры субиктеричные. Кожа незначительной желтушной окраски, на туловище и конечностях мелкопятнистая и точечная сыпь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в илеоцекальной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13х9х7 см. Пальпируется селезенка. Моча коричневой окраски. Кал жидкий без патологических примесей до 5 раз за сутки.

Определите:

1) предварительный клинический диагноз заболевания;

2) перечень возможных осложнений;

3) заболевания требующие проведения дифференциальной диагностики;

4) перечень лабораторных исследований для подтверждения диагноза;

5) объем медицинской помощи на догоспитальном этапе и в условиях инфекционного стационара.

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Социально значимые инфекции»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Социально значимые инфекции» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры инфекционных болезней.

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция – в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют, как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), 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 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.

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.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы, обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

–чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

–составление плана текста;

–графическое изображение структуры текста;

–составление электронной презентации;

–конспектирование текста;

–подготовка выписок из текста;

–работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

–научно-исследовательская работа;

–использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

–работа с конспектом лекций;

–работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

–составление плана и тезисов ответа;

–составление таблиц для систематизации учебного материала;

–изучение нормативных материалов;

–ответы на контрольные вопросы;

–аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

–заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

–подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

–подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

–составление резюме;

–написание истории болезни;

–составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

–решение задач и упражнений по образцу;

–решение вариативных задач и упражнений;

–отработка манипуляций;

–выполнение расчетно-графических работ;

–решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

–подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;

–проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;

–подготовка проектов;

–опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;

–занятия в симуляционных классах, центрах;

–другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

– восстановить в памяти содержание источника;

– составить записи разного рода;

– ускорить проработку источника информации;

– организовать самоконтроль;

– сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. 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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

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.

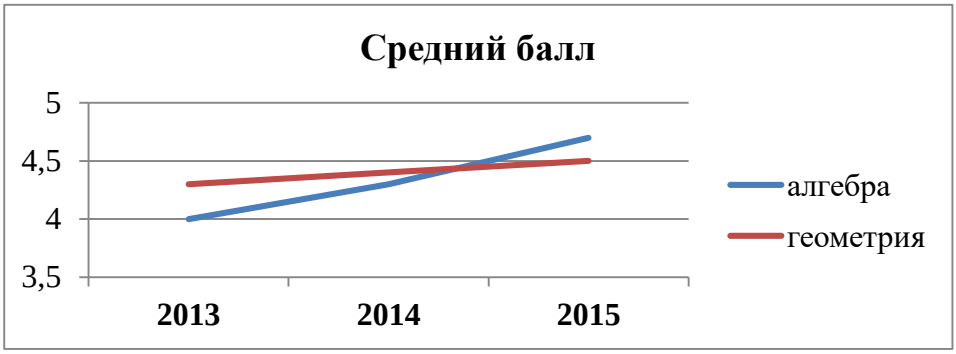


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

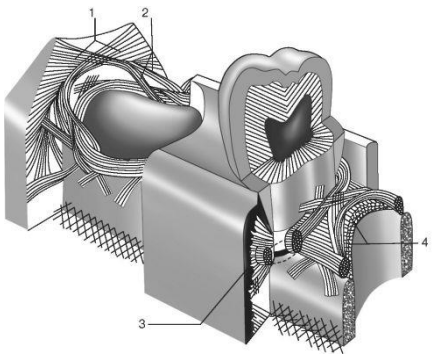


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

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.

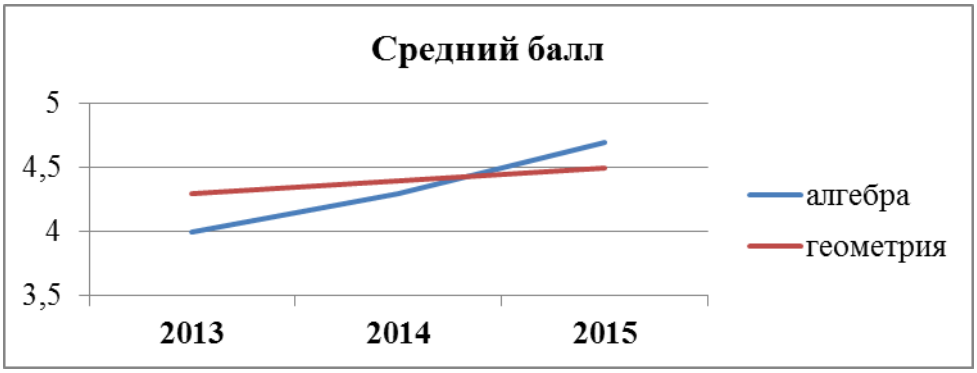


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

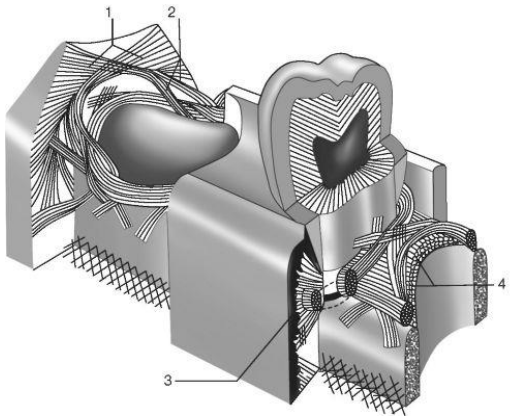


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (наименование направленности)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра факультетской хирургии с клиникой** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	1
Занятия лекционного типа	**8 час.**
Занятия семинарского типа	**16 час.**
Всего аудиторной работы	**24 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**48 час.**
Контроль	**-**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/час. /зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Онкологическая настороженность» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 № 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия";
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Неймарк Александр Евгеньевич	к.м.н.	Доцент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Наседкин Дмитрий Борисович	к.м.н.	Заведующий отделением хирургических методов лечения онкологических больных Ассистент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Амбарцумян Асмик Ваагновна	-	Ассистент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Онкологическая настороженность» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской хирургии с клиникой.

Рабочая программа «Онкологическая настороженность» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Задачи изучения дисциплины:

1. Формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующий профессиональные компетенции врача, способного решать свои профессиональные задачи
2. Формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующимся в сложной патологии, требующей углубленных знаний в смежных дисциплинах
3. Подготовка специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента
4. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-психотерапевту свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.
5. Научить обучающихся навыкам клинического обследования и описания кожного статуса пациента с предраковыми новообразованиями кожи.
6. Дать обучающимся современные знания об эпидемиологии, социальной значимости, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике меланоцитарных невусов кожи, плоскоклеточного рака кожи, базалиомы, меланомы.
7. Научить обучающихся формулировать предварительный клинический диагноз, выбирать тактику ведения пациента, определять показания к экстренной госпитализации, назначать обследование при наиболее часто встречающихся онкологических заболеваниях кожи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Онкологическая настороженность» относится к обязательной части Блока.1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
			Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

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

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	Знает алгоритм проведения клинического осмотра и оценки состояния пациента	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
			Умеет проводить клинический осмотр и оценку состояния пациента	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

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

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Знает: Принципы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
			Умеет: Работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
			Промежуточная аттестация №1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**24**	24
Из них:			
Занятия лекционного типа		**8**	8
Занятия семинарского типа		**16**	16
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**48**	48
Промежуточная аттестация – зачет			
Общая трудоемкость дисциплины	**часы**	**72**	72
	зач. ед.	**2**	2
Из них на практическую подготовку (**в % либо в час.)***		**32**	32

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

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

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	**Всего**	Из них на практическую подготовку
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Онкологические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства	4	-	8	12	4
Онкологические заболевания кроветворной системы. Рак легких.	2	2	8	12	5
Онкологическая настороженность в дерматологии	-	2	6	8	4
Лучевая диагностика в онкологии	2	-	4	6	2
Онкологические заболевания мочеполовой системы	-	4	6	10	5
Онкогинекология	-	4	8	12	6
Онкологические заболевания головы и шеи	-	4	8	12	6
ИТОГО	**8**	**16**	**48**	**72**	32

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 1					
Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства					
1.	Тема 1. Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства ч. 1	2	Образования гепато-панкреато-дуоденальной зоны. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Образования желудка. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
2.	Тема 2. Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства ч. 2	2	Опухоли тощей и подвздошной кишки. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Опухоли ободочной и прямой кишки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения. Выбор тактики лечения в зависимости от локализации образования.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
Онкологические заболевания кроветворной системы					
3.	Тема 3 Онкологические заболевания кроветворной системы	2	Генетика заболеваний системы крови. Соматические мутации. Причины и механизмы мутации генов. Понятие об онкогенах. Роль соматических мутаций в патогенезе гемобластозов и анемий. Аномалии хромосом и их природа. Наследственные изменения хромосом и онкогенез. Патогенез клинических проявлений лейкозов: активация клеточных онкогенов и др. Классификация лейкозов. Острые лейкозы. Определение, патоморфология, классификация, диагностика, клиника. Критерии ремиссии, критерии рецидива. Этапы терапии острых лейкозов Цитостатические препараты и их комбинации, применяемые для лечения острых лейкозов.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
Современные методы диагностики в онкологиии					
4.	Тема 4 Лучевая диагностика в онкологии	2	В лекции представлены физические и технические основы лучевых методов исследования, позволяющие использовать их в онкологии. Общие и специальные методики, применяемые при обследовании онкологических больных по органам и системам. Контрастные вещества (показания, противопоказания, осложнения). Современные методики исследования и применение искусственного интеллекта в онкологии в зависимости от локализации опухолевого процесса.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
ВСЕГО в час.		**8**			

Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1							
Тема 1	Семинар-практикум	Рак легких	2	50%	Поражения легких в гематологической практике. Лабораторные и инструментальные методы исследования легких. Поражения легких при гемобластозах.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ,ТЗ
Тема 2	Семинар-практикум	Онкологическая настороженность в дерматологии	2	50%	Доброкачественные и злокачественные эпителиальные и неэпителиальные новообразования кожи. Доброкачественные и злокачественные меланоцитарные образования кожи. Лимфомы кожи, грибовидный микоз, бляшечный парапсориаз.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ,ТЗ
Тема 3	Семинар-практикум	Онкологические заболевания мочеполовой системы	4	50%	Опухоли паренхимы почки. Опухоли мочеточника и рак мочевого пузыря. Рак предстательной железы. Рак яичка. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ,ТЗ
Тема 4	Семинар-практикум	Онкогинекология	4	50%	Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей. Методы диагностики в онкологии. Принципы лечения злокачественных опухолей. Опухоли женских половых органов Рак и беременность Основные принципы сохранения фертильности Гормонозаместительная терапия и риски гормонозависимых опухолей Первично-множественные опухоли – принципы диагностики, стадирования, лечения Опухоли молочной железы Наследственный рак молочной железы и яичника Симптоматическое лечение онкогинекологических больных	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ,ТЗ
Тема 5	Семинар-практикум	Онкологические заболевания головы и шеи	4	50%	Предраковые состояния носа, глотки, гортани, уха. Ранняя диагностика, лечение. Профилактика	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ, ТЗ
ВСЕГО в час.			**16**	**8**			

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Содержание самостоятельной работы	Количество часов	из них на ПП (%)	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе).	24	50%	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ
2.	Работа с учебной и научной литературой.	12	50%	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ
3.	Работа с вопросами для самопроверки.	12	50%	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ
ВСЕГО в час.		**48**	24		

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

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии модульного обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Критерии оценивания для текущего контроля

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

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

«Зачтено - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

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

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-3.1	КВ, ТЗ
ОПК-4.2	КВ, ТЗ
ПК-2.4	КВ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

5.2 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплин**е – зачет.**

Этапы проведения промежуточной аттестации:
1 этап - тестовые задания.
2 этап - ответы на контрольные вопросы

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.
Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины.

5.3 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
КВ	Опухоли верхних мочевых путей. Этиология, классификация, диагностика и лечение.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
КВ	Лучевая семиотика доброкачественных опухолей женских половых органов	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
КВ	Рак предстательной железы. Лечение локализованного рака предстательной железы.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
ТЗ	Химиотерапия в отношении почечно-клеточного рака: a) Неэффективна; b) Доказана эффективность; c) Эффективность превосходит хирургическое лечение; d) Ни одного из вышеперечисленного.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
ТЗ	Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки б) поперечно-ободочной кишки в) нисходящего отдела г) сигмовидной кишки д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4

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

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *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 (https://minzdrav.gov.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. Онконастороженность в педиатрии / Рыков М. Ю. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453995.html
2. Симптомы и синдромы в онкологии / Тимербулатов В. М., Ганцев Ш. Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460672.html
3. Нутритивная поддержка в онкологии / Шакирова Л. В., Гайнуллин А. Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456453.html
4. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях: руководство для врачей / под ред. О. Ю. Кузнецовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459485.html
5. Онкогинекология: национальное руководство / под ред. Каприна А. Д., Ашрафяна Л. А. Стилиди И. С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453292.html

Дополнительная литература:

1. Онкология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html
2. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных / Г. Р. Абузарова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433461.html
3. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Новикова Г. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443224.html
4. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела: учебник / [Двойников С. И. и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460177.html
5. Онкология: учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев [и др.]. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456163.html
6. Клиническая онкология. Избранные лекции / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428672.html

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Учебно-методические материалы 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
- Онкология [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. Чиссова В.И., Давыдова. М.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423684.html

7.2. Учебно-методические материалы* для преподавателей*:*

– Методические материалы по дисциплине «Онкологическая настороженность» для специальности 31.08.22 Психотерапия / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Онкологическая настороженность» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Онкологическая настороженность» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.
Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.
Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.
Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.
Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.
Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Онкологическая настороженность» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей

психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).
В целях освоения рабочей программы дисциплины «Онкологическая настороженность» 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
«ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«Онкологическая настороженность»**
для специальности **31.08.22 Психотерапия**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Онкологические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространств	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкологические заболевания кроветворной системы. Рак легких.	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Меланома кожи	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Лучевая диагностика в онкологии	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкологические заболевания мочеполовой системы	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкогинекология	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкологические заболевания головы и шеи	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ

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

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

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

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

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

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

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	**Знает:** - принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Правильность Полнота ответа	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
	Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации из пункта 4.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство

ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** Знает алгоритм проведения клинического осмотра и оценки состояния пациента	Правильность Полнота ответа .	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
	Умеет проводить клинический осмотр и оценку состояния пациента	Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации из пункта 4.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2.4. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	**Знает:** Принципы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Правильность Полнота ответа.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
	Умеет: Работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации из пункта 4	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

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

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

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

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.
Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4
2 этап	Контрольный опрос	КВ	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания

Контрольные вопросы (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и принципы лечения колоректального рака.
2. Рак ободочной кишки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Особенности метастазирования. Методы диагностики и лечения.
3. Рак поджелудочной железы. Классификация. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения. Прогноз.
4. Рак желудка. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения. Пути метастазирования.
5. Предраковые заболевания ободочной кишки. Классификация, клиническая картина, методы диагностики и лечения.
6. Лучевая семиотика внутримозговых опухолей головного мозга
7. Лучевая семиотика внемозговых (менингиом) опухолей головного мозга
8. Лучевая семиотика опухолей глаза
9. Лучевая семиотика опухолей глазницы
10. Дифференциальная лучевая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей околоносовых пазух
11. Лучевая семиотика злокачественных опухолей легких
12. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей легких

13. Лучевая семиотика опухолей плевры
14. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей ЖКТ
15. Лучевая семиотика злокачественных опухолей ЖКТ
16. Лучевая семиотика опухолей печени
17. Лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
18. Дифференциальная лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
19. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей женских половых органов
20. Лучевая семиотика злокачественных опухолей женских половых органов
21. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей простаты
22. Лучевая семиотика злокачественных опухолей простаты
23. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей костей
24. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей
25. Лучевая семиотика метастатических опухолей костей
26. Опухоли паренхимы почки. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
27. Опухоли верхних мочевых путей. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
28. Рак мочевого пузыря. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
29. Рак предстательной железы. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
30. Рак предстательной железы. Классификация, дифференциальная диагностика.
31. Опухоли яичка. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
32. Рак предстательной железы. Лечение локализованного рака предстательной железы.
33. Опухоли лоханки и мочеточника. Лечение. Виды операций, показания, противопоказания.
34. Опухоли паренхимы почки. Лечение локализованного почечно-клеточного рака.
35. Рак предстательной железы. Биопсия предстательной железы, виды. Показания, противопоказания.

Тестовые задания (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. При раннем раке желудка
а) специфические симптомы отсутствуют
б) имеются специфические симптомы заболевания
в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
г) "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка

2. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
а) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
в) снижение кислотности желудочного сока
г) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
д) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей; снижение кислотности желудочного сока

3. Метастаз Крукенберга следует расценивать
а) как гематогенный
б) как имплантационный
в) как ортоградный лимфогенный
г) как ретроградный лимфогенный
д) как имплантационный; как ретроградный лимфогенный

4. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются
а) легкие
б) кости
в) печень
г) надпочечники

5. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
б) поперечно-ободочной кишки
в) нисходящего отдела
г) сигмовидной кишки
д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено

6. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) в правых отделах ободочной кишки, в поперечно-ободочной кишке, в нисходящей кишке,
в сигмовидной кишке встречается с одинаковой частотой

7. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) в нисходящей кишке; в сигмовидной кишке

8. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих
а) неспецифическим язвенным колитом
б) грануломатозным колитом (болезнь Крона)
в) полипами кишечника
г) семейным диффузным полипозом
д) неспецифическим язвенным колитом; грануломатозным колитом (болезнь Крона); полипами кишечника; семейным диффузным полипозом

9. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает
а) при первичном раке печени
б) при метастатическом раке печени
в) при доброкачественных опухолях печени
г) при первичном раке печени; при метастатическом раке печени
д) положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени

10. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае

а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации

б) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено

в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным

г) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций

д) эндоскопическая полипэктомия недопустима

11. Простая киста почки при ультразвуковом исследовании визуализируется в виде _____ структуры:

a) Узлового образования однородной;
b) Округлого гиперэхогенного образования неоднородной;
c) Солидного образования гетерогенной;
d) Округлого анэхогенного образования однородной структуры.

12. Почему врачу любой специальности важно знать о почечно-клеточном раке?

a) На его долю приходится от 2 до 3 % от всех злокачественных новообразований, а также он является наиболее летальным из распространенных урологических видов опухолей;
b) На его долю приходится от 5 до 9 % от всех злокачественных новообразований, а также он является самым доброкачественным из распространенных урологических видов опухолей;
c) На его долю приходится от 7 до 10 % от всех злокачественных новообразований.

13. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является:

a) Потребление пищи с большим количеством животных жиров;
b) Применение антигипертензивных препаратов;
c) Радиационная терапия;
d) Табакокурение.

14. Наиболее информативным методом диагностики снижения функции почек при почечно-клеточном раке является:

a) Фармакоультразвуковое исследование;
b) Компьютерная томография;
c) Нефросцинтиграфия;
d) Магнитно-резонансная томография.

15. Химиотерапия в отношении почечно-клеточного рака:

a) Неэффективна;
b) Доказана эффективность;
c) Эффективность превосходит хирургическое лечение;
d) Ни одного из вышеперечисленного.

16. Что такое уротелиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника?

a) Врожденная аномалия развития;
b) Злокачественная опухоль;
c) Доброкачественное образование.

17. К клиническим симптомам переходно-клеточного рака ВМП относится:

a) Макрогематурия;
b) Гематоспермия;
c) Боль в боку;
d) Макрогематурия; Боль в боку.

18. К инструментальному исследованию, играющему значительную роль в диагностике опухолей лоханки и мочеточника, относится:
a) Компьютерная томография с урографией;
b) Ультразвуковое исследование;
c) Обзорная рентгенография;
d) Урофлоуметрия.

19. Диагностическая уретероскопия позволяет:
a) Радикально вылечить пациента;
b) Селективно взять материал для цитологического исследования;
c) Выполнить биопсию образования;
d) Селективно взять материал для цитологического исследования; Выполнить биопсию образования.

20. При радикальной нефруретерэктомии следует выполнить:
a) Удаление мочеточника до устья;
b) Максимально низко перевязывать мочеточник;
c) Резекцию стенки мочевого пузыря;
d) ТУР опухоли мочевого пузыря.

21. К факторам риска развития рака мочевого пузыря относится/-ятся:
a) Потребление пищи с большим количеством клетчатки;
b) Проживание в южных регионах;
c) Курение;
d) Ожирение.

22. На какие 2 группы подразделяется рак мочевого пузыря:
a) Мышечно-неинвазивный и мышечно-инвазивный;
b) Острый и хронический;
c) Метастатический и локально нераспространенный;
d) Ничего из вышеперечисленного

23. К основным жалобам пациента при раке мочевого пузыря относится:
a) Примесь крови в моче;
b) Учащенное, малыми порциями мочеиспускание;
c) Боль в боку;
d) Примесь крови в моче; Учащенное, малыми порциями мочеиспускание.

24. «Золотой» стандарт диагностики рака мочевого пузыря:
a) Цитологическое исследование мочи;
b) Двухстаканная проба;
c) В. Посев мочи;
d) Трансуретральная резекция мочевого пузыря с биопсией.

25. Перечислите основные факторы риска рака предстательной железы:
a) Генетический анамнез;
b) Воздействие солнечных лучей;
c) Физическая нагрузка;
d) Стресс;
e) Расовая принадлежность.

26. Основным способом скрининга рака простаты является:

a) Определение уровня ПСА в крови;
b) Трансабдомиальное ультразвуковое исследование;
c) Трансректальное ультразвуковое исследование;
d) Магнитно-резонансная томография органов малого таза.

27. Перечислите обследования, выполняемые с целью диагностики рака предстательной железы:
a) Биопсия предстательной железы;
b) Цистоскопия;
c) МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием;
d) Цитологическое исследование мочи.

28. Какие существуют дополнительные методы обследования при раке предстательной железы?
a) Остеосцинтиграфия;
b) Уретроцистоскопия;
c) ПЭТ/КТ с Ga68-PSMA;
d) УЗИ органов мошонки.

29. Перечислите основные методы лечения рака предстательной железы:
a) Радикальная простатэктомия;
b) Позадилонная аденомэктомия;
c) Брахитерапия;
d) БЦЖ-терапия;
e) Гормон-терапия.

30. Что такое брахитерапия?
a) Метод хирургического лечения рака предстательной железы, заключающийся в ее полном удалении;
b) Внутритканевая лучевая терапия, заключающая во введении (имплантации) радиоактивных источников в ткань предстательной железы;
c) Метод воздействия сфокусированного ультразвука высокой интенсивности на ткань предстательной железы.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Контрольные вопросы (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и принципы лечения колоректального рака.
2. Рак ободочной кишки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Особенности метастазирования. Методы диагностики и лечения.
3. Рак поджелудочной железы. Классификация. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения. Прогноз.
4. Рак желудка. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения. Пути метастазирования.
5. Предраковые заболевания ободочной кишки. Классификация, клиническая картина, методы диагностики и лечения.
6. Лучевая семиотика внутримозговых опухолей головного мозга
7. Лучевая семиотика внемозговых (менингиом) опухолей головного мозга
8. Лучевая семиотика опухолей глаза
9. Лучевая семиотика опухолей глазницы
10. Дифференциальная лучевая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей околоносовых пазух

11. Лучевая семиотика злокачественных опухолей легких
12. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей легких
13. Лучевая семиотика опухолей плевры
14. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей ЖКТ
15. Лучевая семиотика злокачественных опухолей ЖКТ
16. Лучевая семиотика опухолей печени
17. Лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
18. Дифференциальная лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
19. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей женских половых органов
20. Лучевая семиотика злокачественных опухолей женских половых органов
21. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей простаты
22. Лучевая семиотика злокачественных опухолей простаты
23. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей костей
24. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей
25. Лучевая семиотика метастатических опухолей костей
26. Опухоли паренхимы почки. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
27. Опухоли верхних мочевых путей. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
28. Рак мочевого пузыря. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
29. Рак предстательной железы. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
30. Рак предстательной железы. Классификация, дифференциальная диагностика.
31. Опухоли яичка. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
32. Рак предстательной железы. Лечение локализованного рака предстательной железы.
33. Опухоли лоханки и мочеточника. Лечение. Виды операций, показания, противопоказания.
34. Опухоли паренхимы почки. Лечение локализованного почечно-клеточного рака.
35. Рак предстательной железы. Биопсия предстательной железы, виды. Показания, противопоказания.

Тестовые задания (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. При раннем раке желудка
а) специфические симптомы отсутствуют
б) имеются специфические симптомы заболевания
в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
г) "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка

2. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
е) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
ж) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
з) снижение кислотности желудочного сока
и) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
к) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей; снижение кислотности желудочного сока

3. Метастаз Крукенберга следует расценивать
а) как гематогенный
б) как имплантационный
в) как ортоградный лимфогенный
г) как ретроградный лимфогенный

д) как имплантационный; как ретроградный лимфогенный

4. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются
а) легкие
б) кости
в) печень
г) надпочечники

5. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
б) поперечно-ободочной кишки
в) нисходящего отдела
г) сигмовидной кишки
д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено

6. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) в правых отделах ободочной кишки, в поперечно-ободочной кишке, в нисходящей кишке,
в сигмовидной кишке встречается с одинаковой частотой

7. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) в нисходящей кишке; в сигмовидной кишке

8. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих
а) неспецифическим язвенным колитом
б) грануломатозным колитом (болезнь Крона)
в) полипами кишечника
г) семейным диффузным полипозом
д) неспецифическим язвенным колитом; грануломатозным колитом (болезнь Крона); полипами кишечника; семейным диффузным полипозом

9. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает
а) при первичном раке печени
б) при метастатическом раке печени
в) при доброкачественных опухолях печени
г) при первичном раке печени; при метастатическом раке печени
д) положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени

10. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в

случае

а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации

б) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено

в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным

г) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций

д) эндоскопическая полипэктомия недопустима

11. Простая киста почки при ультразвуковом исследовании визуализируется в виде _____ структуры:

a) Узлового образования однородной;
b) Округлого гиперэхогенного образования неоднородной;
c) Солидного образования гетерогенной;
d) Округлого анэхогенного образования однородной структуры.

12. Почему врачу любой специальности важно знать о почечно-клеточном раке?

a) На его долю приходится от 2 до 3 % от всех злокачественных новообразований, а также он является наиболее летальным из распространенных урологических видов опухолей;
b) На его долю приходится от 5 до 9 % от всех злокачественных новообразований, а также он является самым доброкачественным из распространенных урологических видов опухолей;
c) На его долю приходится от 7 до 10 % от всех злокачественных новообразований.

13. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является:

a) Потребление пищи с большим количеством животных жиров;
b) Применение антигипертензивных препаратов;
c) Радиационная терапия;
d) Табакокурение.

14. Наиболее информативным методом диагностики снижения функции почек при почечно-клеточном раке является:

a) Фармакоультразвуковое исследование;
b) Компьютерная томография;
c) Нефросцинтиграфия;
d) Магнитно-резонансная томография.

15. Химиотерапия в отношении почечно-клеточного рака:

a) Неэффективна;
b) Доказана эффективность;
c) Эффективность превосходит хирургическое лечение;
d) Ни одного из вышеперечисленного.

16. Что такое уротелиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника?

a) Врожденная аномалия развития;
b) Злокачественная опухоль;
c) Доброкачественное образование.

17. К клиническим симптомам переходно-клеточного рака ВМП относится:

a) Макрогематурия;
b) Гематоспермия;
c) Боль в боку;

d) Макрогематурия; Боль в боку.

18. К инструментальному исследованию, играющему значительную роль в диагностике опухолей лоханки и мочеточника, относится:
a) Компьютерная томография с урографией;
b) Ультразвуковое исследование;
c) Обзорная рентгенография;
d) Урофлоуметрия.

19. Диагностическая уретероскопия позволяет:
a) Радикально вылечить пациента;
b) Селективно взять материал для цитологического исследования;
c) Выполнить биопсию образования;
d) Селективно взять материал для цитологического исследования; Выполнить биопсию образования.

20. При радикальной нефруретерэктомии следует выполнить:
a) Удаление мочеточника до устья;
b) Максимально низко перевязывать мочеточник;
c) Резекцию стенки мочевого пузыря;
d) ТУР опухоли мочевого пузыря.

21. К факторам риска развития рака мочевого пузыря относится/-ятся:
a) Потребление пищи с большим количеством клетчатки;
b) Проживание в южных регионах;
c) Курение;
d) Ожирение.

22. На какие 2 группы подразделяется рак мочевого пузыря:
a) Мышечно-неинвазивный и мышечно-инвазивный;
b) Острый и хронический;
c) Метастатический и локально нераспространенный;
d) Ничего из вышеперечисленного

23. К основным жалобам пациента при раке мочевого пузыря относится:
a) Примесь крови в моче;
b) Учащенное, малыми порциями мочеиспускание;
c) Боль в боку;
d) Примесь крови в моче; Учащенное, малыми порциями мочеиспускание.

24. «Золотой» стандарт диагностики рака мочевого пузыря:
a) Цитологическое исследование мочи;
b) Двухстаканная проба;
c) В. Посев мочи;
d) Трансуретральная резекция мочевого пузыря с биопсией.

25. Перечислите основные факторы риска рака предстательной железы:
a) Генетический анамнез;
b) Воздействие солнечных лучей;
c) Физическая нагрузка;
d) Стресс;
e) Расовая принадлежность.

26. Основным способом скрининга рака простаты является:
a) Определение уровня ПСА в крови;
b) Трансабдомиальное ультразвуковое исследование;
c) Трансректальное ультразвуковое исследование;
d) Магнитно-резонансная томография органов малого таза.

27. Перечислите обследования, выполняемые с целью диагностики рака предстательной железы:
a) Биопсия предстательной железы;
b) Цистоскопия;
c) МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием;
d) Цитологическое исследование мочи.

28. Какие существуют дополнительные методы обследования при раке предстательной железы?
a) Остеосцинтиграфия;
b) Уретроцистоскопия;
c) ПЭТ/КТ с Ga68-PSMA;
d) УЗИ органов мошонки.

29. Перечислите основные методы лечения рака предстательной железы:
a) Радикальная простатэктомия;
b) Позадилонная аденомэктомия;
c) Брахитерапия;
d) БЦЖ-терапия;
e) Гормон-терапия.

30. Что такое брахитерапия?
a) Метод хирургического лечения рака предстательной железы, заключающийся в ее полном удалении;
b) Внутритканевая лучевая терапия, заключающая во введении (имплантации) радиоактивных источников в ткань предстательной железы;
c) Метод воздействия сфокусированного ультразвука высокой интенсивности на ткань предстательной железы.

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Онкологическая настороженность»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Онкологическая настороженность» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры факультетской хирургии с клиникой.

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 отличия 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, ее 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 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 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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

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.

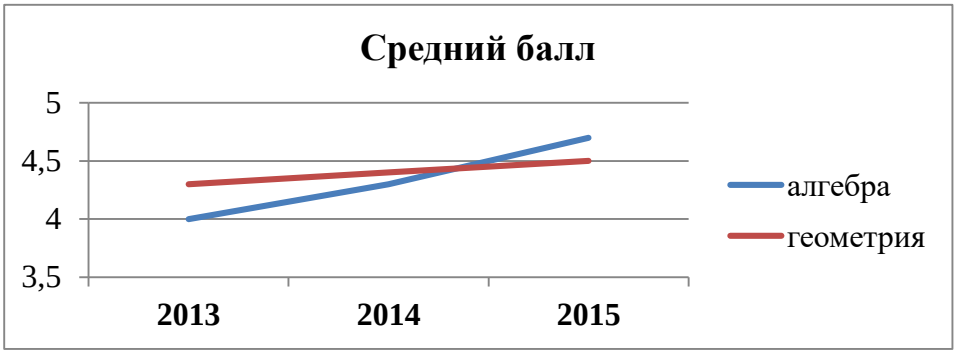


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

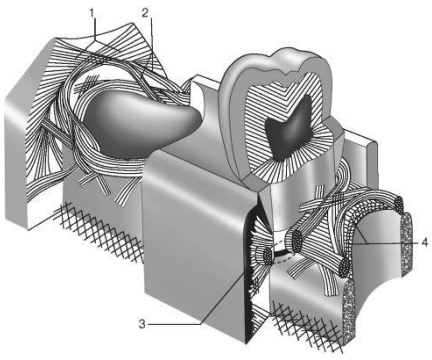


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**НЕВРОЛОГИЯ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (название направленности)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра неврологии с клиникой** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
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

2024

Рабочая программа дисциплины «Неврология» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 № 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия";
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Алексеева Татьяна Михайловна	д.м.н., профессор	Заведующая кафедрой неврологии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Абриталин Евгений Юрьевич	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Панина Елена Борисовна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Хабаров Иван Юрьевич	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Неврология» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры неврологии с клиникой.

Рабочая программа дисциплины «Неврология» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направлена на обеспечение будущей профессиональной деятельности обучающихся и имеет практическую направленность, около 80% часов программы отведены на практическую подготовку.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: подготовка квалифицированного специалиста способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности, обладающего системой теоретических фундаментальных знаний и практических профессиональных компетенций, владеющего знаниями и умениями в области неврологии, в объеме необходимом врачу психотерапевту, многосторонне эрудированного, обладающего широким врачебным кругозором, конкурентоспособного, неукоснительно соблюдающего каноны врачебной этики и деонтологии.

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-специалиста, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать профессиональные знания и умения по анатомо-физиологическим вопросам строения нервной системы, топической диагностике и клинической неврологии необходимые для самостоятельной лечебно-диагностической деятельности в объеме необходимом врачу психотерапевту.
3. Сформировать знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлениях неврологических синдромов и заболеваний у пациентов с психическими расстройствами, пограничными состояниями, неврологическими заболеваниями, требующими междисциплинарного подхода.
4. Сформировать практические навыки неврологического осмотра в объеме необходимом врачу – психотерапевту.
5. Научить обоснованному выбору тактики лечения неврологических синдромов и заболеваний пациентов с междисциплинарной патологией в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Неврология» является обязательной в части, формируемой участниками образовательных отношений, Блока 1. «Дисциплины» учебного плана для специальности 31.08.22 Психотерапия.

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 общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

Общепрофессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории - Медицинская деятельность			
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента.	**Знает:** 1.Основы топической диагностики заболеваний нервной системы 2.Стандартную схему проведения опроса пациента с заболеванием нервной системы 3.Основные приемы методики неврологического осмотра 4.Стандартную сокращенную схему описания неврологического статуса пациента 5.Основные вопросы этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний нервной системы, представляющих междисциплинарную проблему (сосудистых головного мозга; нейродегенеративных, наследственных, эпилепсии; синкопальных состояний; токсических и дисметаболических поражений;) 6. Действующую международную классификацию болезней; формулировки диагнозов отдельных заболеваний нервной системы 7 Показания для направления пациента на консультацию к специалисту неврологу 8.Основные лабораторные и инструментальные диагностические методы при заболеваниях нервной системы у детей и взрослых.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Умеет:** 1.Собрать анамнез и получить информацию о заболевании у неврологического пациента 2. Выделить основные ведущие неврологические синдромы; поставить синдромальный диагноз 3. Поставить предположительный клинический диагноз неврологическому пациенту, 4. Провести дифференциальную диагностику выявленных нарушений и определить необходимость междисциплинарного подхода для постановки диагноза 5. Оценить тяжесть (выраженность) неврологических нарушений, оценить динамику состояния во времени	
	ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	**Владеет:** 1.Методикой сбора анамнеза у пациента с заболеванием нервной системы 2. Основными практическими навыками проведения неврологического осмотра пациента, достаточными для психотерапевта. 3. Навыком ведения медицинской документации, оформления краткой записи неврологического статуса пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования	
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинский			

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** 1.Общие вопросы организации неврологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи и помощи пациентам с орфанными заболеваниями и наследственной патологией нервной системы 2. Показания к различным формам оказания неврологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации 3.Различные способы лечения неврологических синдромов и заболеваний у пациентов, требующих междисциплинарного подхода 4. Основы фармакотерапии при неврологических расстройствах (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов с неврологическими заболеваниями разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии)	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	**Умеет:** 1. Выбрать необходимую и допустимую тактику ведения пациента с неврологическим заболеванием, требующего лечения у психотерапевта, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период. 2. Определять показания для направления пациента на консультацию к неврологу 3.Оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику 4. Информировать пациента и/или его родственников о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии **Владеет:** 1.Методами оказания неотложной помощи при острых неврологических состояниях (эпилептический припадок, цереброваскулярная патология, острый болевой синдром и т.д.)	

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

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 2
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	**час.**	**72**	72
	з.е.	**2**	2
Из них на практическую подготовку в час.*		**40**	40

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 2					
Раздел 1 Топическая диагностика в неврологии	-	10	20	30	18
Раздел 2 Избранные вопросы частной неврологии	6	14	22	42	22
ИТОГО в час.	**6**	**24**	**42**	**72**	40

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 75 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 30% самостоятельной работы.

4.3 Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2						
Раздел 2 Избранные вопросы частной неврологии						
1.	Тема 1.1 Эпилепсия.	2	Краткое содержание темы 1. Эпилепсия. Классификация, этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы терапии. Эпилептический статус.	ОПК-4, ОПК-5	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
2.	Тема 1.2 Когнитивные и	4	Краткое содержание темы	ОПК-4, ОПК-5	Мультимедийная	КВ, ТЗ

	психопатологические нарушения в структуре неврологических заболеваний.		Болезнь Паркинсона и Паркинсонизм «плюс». Болезнь Гентингтона. Гепатолентикулярная дегенерация. Болезнь Альцгеймера.		презентация	
ИТОГО	**6**					

** ***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 %	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 2							
Раздел 1. Топическая диагностика в неврологии							
Тема 1.1	семинар	Понятия синдромального, топического и клинического диагнозов в неврологии. Нарушения произвольных движений. Координация движений и ее расстройства. Экстрапирамидная система	2	75 %	Краткое содержание занятия 1. Классификация рефлексов. Методика исследования глубоких и поверхностных рефлексов. Оценка изменения рефлексов. Двигательный путь, анатомия. Симптомы поражения центрального и периферического двигательного нейрона. Топическая диагностика. Методика исследования произвольных движений. 2. Мозжечок, анатомия, проводящие пути. Симптомы поражения мозжечка. Методика исследования. Дифференциальный диагноз атаксий (мозжечковая, вестибулярная, сенситивная, лобная). 3. Анатомия, функционирование, нейротрансмиттерные взаимоотношения. Синдромы поражения. Синдром Паркинсонизма. Гиперкинезы, определение, характеристика основных видов. Методика исследования. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов с синдромом поражения двигательных функций при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, ПН
Тема 1.2	семинар	Чувствительность и ее расстройства.	2	75 %	1.Боль. Характеристика боли, методы выявления и объективизации. Шкалы определения степени выраженности боли. 2.Типы нарушения чувствительности.	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, ПН

		Спинной мозг.			**Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом с болевым синдромом, оценка степени боли по шкалам. Доклад в группе о характеристике выявленного болевого синдрома. Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов с синдромом поражения чувствительных функций при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни		
Тема 1.3	семинар	Черепные нервы.	2	75 %	Общая характеристика. Обонятельный нерв. Зрительный нерв. Группа глазодвигательных нервов: глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы. Тройничный нерв. Лицевой нерв. Вестибулярный и кохлеарный нервы. Языкоглоточный и блуждающий нервы. Добавочный нерв. Подъязычный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения, топическая диагностика, методика осмотра черепных нервов. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов с синдромом поражения черепных нервов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, ПН
Тема 1.4	семинар	Кора полушарий головного мозга и высшие мозговые функции.	2	75 %	Локализация, синдромы поражения высших корковых функций (мышление, память, речь, гнозис, праксис), методика исследования. Синдромы поражения лобных долей головного мозга. Синдромы поражения теменных долей головного мозга. Синдромы поражения височных долей головного мозга. Синдромы поражения затылочных долей головного мозга. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов с синдромом поражения когнитивных функций при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, ПН
Раздел 2. Избранные вопросы частной неврологии							
Тема 2.1	семинар	Цереброваскулярные заболевания.	2	75 %	Транзиторная ишемическая атака. Ишемический атеротромботический церебральный инсульт. Ишемический кардиоэмболический церебральный инсульт. Геморрагический	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

					церебральный инсульт. Внутримозговой геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние (нетравматическое). Хроническая ишемия мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. Сосудистая деменция. Организация медицинской помощи пациентам с цереброваскулярной патологией в Российской Федерации. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом с цереброваскулярной патологией, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
Тема 2.2	семинар	Поражение нервной системы при интоксикациях (алкоголь, психостимуляторы, опиаты).	2	75 %	Синдромы поражения ЦНС при хронической алкогольной интоксикации. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Синдромы поражения периферической нервной системы при хронической алкогольной интоксикации. Токсическая алкогольная полиневропатия. Поражение нервной системы при наркотических интоксикациях. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом с интоксикационным поражением нервной системы, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2.4	семинар	Заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной нервной системы.	2	75 %	Болезнь Паркинсона. Симптоматический /вторичный/ паркинсонизм. Множественные системные атрофии, прогрессирующий надъядерный паралич, кортикобазальная дегенерация. Эссенциальный тремор. Дистонии. Болезнь Гентингтона. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона). Синдром Туретта. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом с патологией экстрапирамидной нервной системы, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ

					обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
Тема 2.5	семинар	Нейродегенеративные заболевания с когнитивными расстройствами.	2	75 %	Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Фронто-темпоральная деменция. Деменция с тельцами Леви. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом с деменцией, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2.6	семинар	Эпилепсия. Синкопальные состояния.	2	75 %	Эпилепсия. Эпилептический статус. Синкопальные состояния. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом с эпилепсией, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2.7	семинар	семинар	2	75 %	Современная фармакотерапия. Доказательная медицина, патогенетические, этиологические, симптоматические методы лечения. Паллиативная медицина в неврологии. Нейрореабилитация. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Составление плана лечения и реабилитации, профилактических мероприятий, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
ИТОГО в час.			**20**	15			

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

4.5 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 2							

Раздел 1. Топическая диагностика в неврологии							
Тема 1.1	Практическое занятие	Методика неврологического осмотра. Схема записи неврологического статуса пациента.	2	80%	Методика неврологического осмотра. Схема записи неврологического статуса пациента. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента	ОПК-4, ОПК-5	ПН
Раздел 2. Избранные вопросы частной неврологии							
Тема 2.1	Практическое занятие	Осмотр пациентов с неврологической патологией. Принципы постановки синдромального, топического и клинического диагнозов.	2	80%	Осмотр пациентов с неврологической патологией. Принципы постановки синдромального, топического и клинического диагнозов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	ОПК-4, ОПК-5	ПН
ИТОГО в час.			**4**	3			

. . * ***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*

4.6 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Топическая диагностика в неврологии	24	12	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе). Работа с тестами и ситуационными задачами Отработка практических навыков, работа с неврологическим инструментарием.	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, ПН
2.	Избранные вопросы частной неврологии	24	10	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе). Работа с тестами и ситуационными задачами Составление ситуационных задач по клиническим случаям Подготовка докладов и презентаций Участие в подготовке проведения клинических разборов	ОПК-4, ОПК-5	ТЗ, СЗ Д, П ПН
ВСЕГО:		**42**	**22**			

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

Примерная тематика докладов:

1. Опиаты в лечении болевых синдромов в неврологической практике
2. Делириозный синдром в структуре неинтоксикационных поражений нервной системы.
3. Возможно ли визуализировать интоксикационные поражения нервной системы
4. Последствия гипоксических поражений ЦНС.
5. Алкогольные поражения ЦНС.
6. Поражение нервной системы при злоупотреблении психостимуляторами
7. История использования наркотических веществ в медицине

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.)

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	ПН
Текущий контроль	Раздел 1. Топическая диагностика в неврологии	64	24	-	30
	Раздел 2. Избранные вопросы частной неврологии	45	18	8	-
ИТОГО		**109**	**42**	**8**	**30**

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

Распределение количества оценочных средств по разделам на промежуточной аттестации

Промежуточные аттестации	Общее количество оценочных средств	
	ТЗ	КВ
Промежуточная аттестация	109	42
ВСЕГО	109	42

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	КВ, ТЗ
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	КВ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

5.3 Организация промежуточной аттестации

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестовый контроль	ТЗ	ОПК-4, ОПК-5
2 этап	Собеседование	КВ	ОПК-4, ОПК-5

1. Тестирование. Тестовая база 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 15 заданий, на которые студент должен дать ответ за 10 минут.
2. Собеседование по вопросам билета (2 вопроса в билете)
3. Время на подготовку 30 минут.

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
Не зачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.

Зачтено	Более 71%	Ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов 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.

Примеры типовых контрольных вопросов:

Раздел 1. (ОПК-4, ОПК-5)

1. Двигательный путь, анатомия, симптомы поражения на разных уровнях.
2. Симптомы поражения центрального и периферического двигательного нейрона.
3. Спино-таламический путь, Пути Голля и Бурдаха, анатомия, симптомы поражения на разных уровнях.
4. Типы чувствительных нарушений, алгоритм выявления.

Раздел 2.

1. Поражение нервной системы при интоксикациях. Основные неврологические синдромы поражения ЦНС и ПНС при алкогольной интоксикации, других наркотических интоксикациях.
2. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика.
3. Токсическая алкогольная полиневропатия. Влияние факторов внешней среды. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.

Примеры типовых тестовых заданий: (ОПК-4, ОПК-5)

1. Сходящееся косоглазие типично для поражения черепного нерва

   a) II
   b) III
   c) IV
   d) **VI**

2. Диплопия только при взгляде вниз типична для поражения черепного нерва

   a) Глазодвигательного
   b) Отводящего
   c) Глазничного
   d) Блокового

3. Больной с моторной афазией обращенную речь

   a) **Понимает**
   b) Не понимает
   c) Воспринимает как иностранный язык
   d) Понимает только в письменном виде

Примеры ситуационных задач: (ОПК-4, ОПК-5)

Задача № 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива.

При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлексы орального автоматизма.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения.
5. План реабилитации.

Задача № 2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, обратился в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голеней, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук. Эти явления появились около 5-ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками.

Неврологический статус: снижение силы разгибателей стоп, гипотония икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

Вопросы:

1. Поставьте синдромальный, топический и клинический диагноз.
2. Требуется ли экстренная госпитализация?
3. Предложите план обследования.
4. С какими заболеваниями, в первую очередь, необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Предложите тактику лечения, включая немедикаментозные методы, профилактические мероприятия.

Примеры практических навыков: (ОПК-4, ОПК-5)

Раздел 1.

1.Провести оценку мышечной силы по 5-ти балльной системе, провести пробы на скрытый парез.

2. Показать методику оценки глубоких рефлексов, объяснить возможные изменения.
3. Продемонстрировать способы оценки равновесия.

Раздел 2.

1. Кратко записать неврологический статус пациента согласно схеме.

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 (https://minzdrav.gov.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. Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 816 с. - (Серия "Стандарты медицинской помощи"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460276.html
2. Гусев, Е. И. Неврология: национальное руководство: в 2-х т. Т. 1. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466728.html
3. Гусев, Е. И. Неврология: национальное руководство: в 2-х т. Т. 2/ под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. 2. - 432 с. - (Серия "Национальные руководства"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461594.html
4. Иванова, И. Л. Клинические нормы. Неврология / И. Л. Иванова, Р. Р. Кильдиярова, Н. В. Комиссарова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461631.html
5. Нервные болезни. В 2-х т.: Учебник / В.А. Парфенов, Н.Н. Яхно, О.Е. Зиновьева. - Москва: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2021. - Текст: электронный // URL:https://www.medlib.ru/library/library/books/43349
6. Неврологические проблемы в терапевтической практике / О.С. Левин. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/37464
7. Неврология и нейрохирургия. Т. 1. Неврология: учебник: в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 5-е изд., доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970470640.html
8. Неврология и нейрохирургия. Т. 2. Нейрохирургия: учебник: в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 5-е изд., доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970470657.html
9. Болевые синдромы в неврологии: учебное пособие / Т. М. Алексеева, Е. Б. Панина, М. П. Топузова. - Санкт-Петербург: Издательство центра Алмазова, 2022. - 28 с.
10. Инфекционные заболевания нервной системы: учебное пособие / С. В. Воробьев. - Санкт-Петербург: Издательство центра Алмазова, 2022. - 61 с. - Текст: непосредственный.
11. Головная боль: учебное пособие / М. Л. Поспелова, М. Ю. Ефимова, Т. М. Алексеева. - Санкт-Петербург: Издательство центра Алмазова, 2022. - 52 с. - Текст: непосредственный.

Дополнительная литература:

1. Общая неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL:https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html
2. Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы / Л. В. Стаховской. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442593.html
3. Реабилитация в неврологии / Епифанов В.А., Епифанов А.В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434420.html
4. Неврология для врачей общей практики / Гинсберг Л.; пер. с англ. - 4-е изд. - Москва: Лаборатория знаний, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785001017363.html
5. Анатомия человека: атлас: в 3 т. Т. 3. Неврология, эстезиология / Колесников Л. Л. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441763.html
6. Гусева, Е. И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444054.html
7. Кадыков, А. С. Практическая неврология / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html
8. Гусев, Е. И. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 424 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html
9. Парфенов, В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / Парфенов В. А., Головачева В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 288 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445365.html
10. Ситуационные задачи по общей и частной неврологии: Учебное пособие / Под ред. В.А. Парфенова, М.Р. Нодель. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. - Текст: электронный // URL:https://www.medlib.ru/library/library/books/44227
11. Авакян, Г. Н. Рациональная фармакотерапия в неврологии / Г. Н. Авакян, А. Б. Гехт, А. С. Никифоров; под общ. ред. Е. И. Гусева - Москва: Литтерра, 2018. - 752 с. - (Серия "Рациональная фармакотерапия"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502928.html
12. Гусев, Е. И. Неврологические симптомы, синдромы и болезни: энциклопедический справочник / Е. И. Гусев, А. С. Никифоров, П. Р. Камчатнов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1040 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430897.html
13. Котов, С. В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы / Котов С. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 672 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428498.html

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 «Неврология» для специальности 31.08.22 Психотерапия, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023.

8 МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Неврология» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия. 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 «Неврология» 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.
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.
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 «Неврология» соответствует требованиям ФГОС

ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение дисциплины «Неврология» 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 «Неврология» 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
«НЕВРОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач - психотерапевт**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

911

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

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Топическая диагностика в неврологии	ОПК-4	КВ, ТЗ, ПН
Раздел 2. Избранные вопросы частной неврологии	ОПК-4, ОПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, ПН

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

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате изучения дисциплины
Общепрофессиональные компетенции

Коды и название индикаторов	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента. ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента. ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения). .	**Знает:** 1.Основы топической диагностики заболеваний нервной системы 2.Стандартную схему проведения опроса пациента с заболеванием нервной системы 3.Основные приемы методики неврологического осмотра 4.Стандартную сокращенную схему описания неврологического статуса пациента 5.Основные вопросы этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний нервной системы, представляющих междисциплинарную проблему (сосудистых головного мозга; нейродегенеративных, наследственных, эпилепсии; синкопальных состояний; токсических и дисметаболических поражений; 6.Действующую международную классификацию болезней; формулировки диагнозов отдельных заболеваний нервной системы 7 Показания для направления пациента на консультацию к специалисту неврологу 8.Основные лабораторные и инструментальные диагностические методы при заболеваниях нервной системы у детей и взрослых. **Умеет:** 1.Собрать анамнез и получить информацию о заболевании у неврологического пациента 2. Выделить основные ведущие неврологические синдромы; поставить	Оценивается правильность и полнота ответа в соответствии с критериями шкалы	Для текущего контроля: КВ №№ 1-24 ТЗ №№ 1-64 ПН №№ 1-28 Для промежуточной аттестации: КВ №№ 1-24 ТЗ №№ 1-64

	синдромальный диагноз 3. Поставить предположительный клинический диагноз неврологическому пациенту, 4. Провести дифференциальную диагностику выявленных нарушений и определить необходимость междисциплинарного подхода для постановки диагноза 5. Оценить тяжесть (выраженность) неврологических нарушений, оценить динамику состояния во времени **Владеет:** 1.Методикой сбора анамнеза у пациента с заболеванием нервной системы 2. Основными практическими навыками проведения неврологического осмотра пациента, достаточными для психотерапевта 3. Навыком ведения медицинской документации, оформления краткой записи неврологического статуса пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования		
ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	Знает: 1.Основы топической диагностики заболеваний нервной системы 2.Стандартную схему проведения опроса пациента с заболеванием нервной системы 3.Основные приемы методики неврологического осмотра 4.Стандартную сокращенную схему описания неврологического статуса пациента 5.Основные вопросы этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний нервной системы, представляющих междисциплинарную проблему (сосудистых головного мозга; нейродегенеративных, наследственных, эпилепсии; синкопальных состояний; токсических и дисметаболических поражений; 6.Действующую международную классификацию болезней; формулировки диагнозов отдельных заболеваний нервной системы 7 Показания для направления пациента на консультацию к специалисту неврологу 8.Основные лабораторные и инструментальные диагностические методы при заболеваниях нервной системы у детей и взрослых. Умеет: 1.Собрать анамнез и получить информацию о заболевании у неврологического пациента 2. Выделить основные ведущие неврологические синдромы; поставить синдромальный диагноз 3. Поставить предположительный клинический диагноз неврологическому пациенту, 4. Провести дифференциальную диагностику выявленных нарушений и определить	Оценивается правильность и полнота ответа в соответствии с критериями шкалы	Для текущего контроля: КВ №№ 1-18 ТЗ №№ 1-45 СЗ №№ 1-8 ПН №№ 1,2 Для промежуточной аттестации: КВ №№ 1-18 ТЗ №№ 1-45

	необходимость междисциплинарного подхода для постановки диагноза 5. Оценить тяжесть (выраженность) неврологических нарушений, оценить динамику состояния во времени Владеет: 1.Методами оказания неотложной помощи при острых неврологических состояниях (эпилептический припадок, цереброваскулярная патология, острый болевой синдром и т.д.)		

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

Шкала и критерии оценивания ответов на контрольные вопросы для текущего контроля

Шкала оценивания 1

Оценка	Критерии
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.
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.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Шкала оценивания 2

Оценка	Вид задания			
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы	Ситуационные задачи	Реферат/доклад
Не зачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.	Обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором	Обучающийся предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил.	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата

		самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем		соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции (её части
Компетенция (часть) не сформирована	«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.
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.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Код контролируемой компетенции (или ее части)
Промежуточная аттестация			
1 этап	тестирование	ТЗ	ОПК-4, ОПК-5
2 этап	собеседование	КВ	ОПК-4, ОПК-5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
ПН – практические навыки

Раздел 1. Топическая диагностика в неврологии

Контрольные вопросы
(проверяемые компетенции – ОПК-4)

1. Рефлексы, определение, классификация, функциональная морфология
2. Характеристика рефлексов, исследуемых при оценке неврологического статуса
3. Двигательный путь, анатомия, симптомы поражения на разных уровнях.
4. Симптомы поражения центрального и периферического двигательного нейрона.
5. Спино-таламический путь, Пути Голля и Бурдаха, анатомия, симптомы поражения на разных уровнях.
6. Типы чувствительных нарушений, алгоритм выявления.
7. Спинной мозг, синдромы поражения спинного мозга на разных уровнях.
8. Экстрапирамидная нервная система, анатомия, функции, синдромы поражения.
9. Синдром Паркинсонизма.
10. Гиперкинезы, характеристика основных видов.

11. Мозжечок, анатомия, функции, симптомы поражения.
12. Синдромы нарушения высших психических функций, общая характеристика.
13. Виды афазий, апраксий, агнозий, методика выявления.
14. Синдромы поражения лобных, теменных, височных, затылочных долей головного мозга.
15. Обонятельный нерв, анатомия, симптомы поражения.
16. Зрительный нерв, анатомия, симптомы поражения.
17. Дифференциальный диагноз гемианопсий.
18. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы, анатомия, симптомы поражения.
19. Тройничный нерв, анатомия, симптомы поражения.
20. Лицевой нерв, анатомия, симптомы поражения.
21. Кохлео-вестибулярный нерв, анатомия, симптомы поражения.
22. Языкоглоточный, блуждающий нервы, анатомия, симптомы поражения.
23. Добавочный, подъязычный нервы, анатомия, симптомы поражения.
24. Бульбарный и псевдобульбарный параличи, дифференциальный диагноз.

Тестовые задания

(проверяемые компетенции – ОПК-4)

1. Центральные мотонейроны в коре головного мозга располагаются в извилине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	надкраевой	
	прецентральной	
	постцентральной	
	угловой	

2. Месторасположение периферического мотонейрона в нервной системе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Боковые канатики спинного мозга	
	Прецентральная извилина	
	Передние рога спинного мозга	
	Задние рога спинного мозга	

3. Симптом, являющийся признаком центрального паралича:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Мышечная гипотония	
	Фасцикуляции	
	Спастичность мышц	
	Мышечная атрофия	

4. Симптом, являющийся признаком центрального паралича:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Угнетение глубоких рефлексов	
	Усиление глубоких рефлексов	
	Симптом Брудзинского	
	Фибриллярные подергивания	

5. Симптом, являющийся признаком периферического паралича:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Спастичность мышц	
	Усиление глубоких рефлексов	
	Атрофия мышц	
	Симптом Оппенгейма	

6. Фасцикуляции являются признаком поражения мотонейрона на уровне:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Мышцы	
	Периферического нерва	
	Переднего рога спинного мозга	
	Нервного сплетения	

7. При поражении периферического мотонейрона обязательным исследованием является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Биопсия мышцы	
	Электронейромиография	
	Вызванные потенциалы	
	Определение уровня креатинфосфокиназы	

8. Патологическим стопным рефлексом из «кивательной» (сгибательной) группы является симптом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Оппенгейма	
	Гордона	
	Россолимо	
	Шеффера	

9. Патологическим стопным рефлексом из разгибательной группы является симптом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Оппенгейма	
	Бехтерева	
	Россолимо	
	Жуковского	

10. Первый нейрон спиноталамического пути располагается в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Задних рогах спинного мозга	
	Спинальном ганглии	
	Коже	
	Зрительном бугре	

11. Проводящие пути Голля и Бурдаха в спинном мозге располагаются в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Боковых канатиках	
	Задних рогах	
	Задних канатиках	

	Передних канатиках	

12. Спиноталамический путь состоит из проводников чувствительности

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Болевой и температурной	
	Суставно-мышечной	
	Вибрационной	
	Чувства давления	

13. Большая часть обонятельных рецепторов располагается в слизистой оболочке

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Полости рта	
	Нижней носовой пазухи	
	Верхней носовой пазухи	
	Верхней части глотки	

14. Какой аромат нельзя использовать для исследования обоняния?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Гвоздичное масло	
	Нашатырный спирт	
	Камфорный спирт	
	Мятное масло	

15. Поражение правой затылочной доли проявляется гемианопсией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Правосторонней	
	Левосторонней	
	Биназальной	
	Битемпоральной	

16. Острое развитие гомонимной гемианопсии с сохранным макулярным зрением типично для

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Ретробульбарного неврита	
	Инфаркта в бассейне задней мозговой артерии	
	Аневризмы внутренней сонной артерии	
	Базального менингита	

17. Расходящееся косоглазие типично для поражения черепного нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	II	
	III	
	IV	
	VI	

18. Сходящееся косоглазие типично для поражения черепного нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	II	
	III	
	IV	
	VI	

19. Диплопия только при взгляде вниз типична для поражения черепного нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Глазодвигательного	
	Отводящего	
	Глазничного	
	Блокового	

20. Истинная диплопия возникает только при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Закрытых глазах	
	Монокулярном зрении	
	Бинокулярном зрении	
	Конвергенции	

21. Типичная продолжительность приступа невралгической боли составляет несколько

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Часов	
	Суток	
	Лет	
	Секунд	

22. Препараты, которые наиболее целесообразно использовать для лечения повторяющихся приступов невралгической боли

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Анестетики	
	Анальгетики	
	Нестероидные противовоспалительные	
	Антиконвульсанты	

23. Улитковый нерв чаще всего совместно поражается с нервом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Отводящим	
	Блуждающим	
	Вестибулярным	
	Подъязычным	

24. Атаксия существенно усиливается при закрытых глазах, если она

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Мозжечковая	
	Сенситивная	
	Вестибулярная	
	Лобная	

25. Истинный астереогноз обусловлен поражением доли головного мозга

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Лобной	
	Теменной	
	Затылочной	
	Височной	

26. Больной с моторной афазией обращенную речь

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Понимает	
	Не понимает	
	Воспринимает как иностранный язык	
	Понимает только в письменном виде	

27. Локализация очага поражения у больного с нистагмом, скандированной речью и атаксией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Лобная доля	
	Мозжечок	
	Базальные ядра	
	Продолговатый мозг	

28. Локализация очага поражения у больного со стато-локомоторной атаксией и интенционным тремором в правых конечностях

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Левое полушарие мозжечка	
	Правое полушарие мозжечка	
	Правый вестибулярный нерв	
	Левый вестибулярный нерв	

29. Локализация очага поражения у больного с правосторонней гемиплегией, гемианестезией и гемианопсией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Левый зрительный бугор	
	Левая внутренняя капсула	
	Правая внутренняя капсула	
	Левая половина моста	

30. Локализация очага поражения у больного с правосторонней гемигипестезией, гемианопсией, сенситивной гемиатаксией и гемиалгией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Правый зрительный бугор	
	Левый зрительный бугор	
	Левая внутренняя капсула	
	Правое полушарие мозжечка	

31. Локализация очага поражения у больного с акинезом и мышечной ригидностью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Субталамическое ядро	
	Черная субстанция	
	Хвостатое ядро	
	Красное ядро	

32. Локализация очага поражения у больного с моторной афазией и парезом правой руки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Левая височная доля	
	Левый зрительный бугор	
	Левая лобная доля	
	Правая теменная доля	

33. Локализация очага поражения у больного с хореическим гиперкинезом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Лобная доля	
	Красное ядро	
	Субталамическое ядро	
	Хвостатое ядро	

34. Методика, используемая для проверки полей зрения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	денситометрия	
	тонометрия	
	периметрия	
	офтальмоскопия	

35. Нерв, являющийся смешанным по своей функции

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	III	
	II	
	VI	
	IV	

36. Приступообразные боли в области лица характерны для поражения _____ черепного нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	лицевого	
	глазодвигательного	
	тройничного	
	блокового	

37. Бульбарный паралич развивается при поражении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Шейного отдела спинного мозга	
	Продолговатого мозга	
	Варолиевого моста	
	Среднего мозга	

38. Жалоба типичная для поражения VIII пары черепных нервов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	поперхивание	
	гиперсаливация	
	головокружение	
	осиплость голоса	

39. Термин, использующийся для обозначения утраты вкуса

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	алексия	
	агевзия	
	аносмия	
	амавроз	

40. Симптом характерный для поражения IX пары черепных нервов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	гипосмия	
	девиация языка	
	дисфагия	
	дизартрия	

41. Клинический симптом характерный для поражения подъязычного нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	дисфазия	
	дизартрия	
	дисфония	
	логоневроз	

42. Термин, использующийся для обозначения утраты звучности голоса

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	афазия	
	афония	

	агевзия	
	аносмия	

43. При поражении Гассерова узла на коже лица наблюдаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Нарушение чувствительности по ветвям V пары ЧН и герпетические высыпания	
	Нарушения чувствительности по сегментам V пары ЧН и герпетические высыпания	
	Герпетические высыпания на лице без чувствительных нарушений	
	Боли в половине головы	

44. Ядра добавочного нерва находятся в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Верхних буграх четверохолмия	
	Нижних буграх четверохолмия	
	Продолговатом мозге	
	Передних рогах спинного мозга	

45. Снижение зрения при поражении II пары черепных нервов называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	миопия	
	пресбиопия	
	амблиопия	
	амавроз	

46. Термин птоз используется для обозначения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Невозможности закрыть глаз	
	Опущения верхнего века	
	Невозможности сочетанного поворота глаз	
	Двоения в глазах	

47. Конвергенция является функцией нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	III	
	VI	
	II	
	IV	

48. Функция жевания обеспечивается _____ черепным нервом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	лицевым	
	тройничным	
	языкоглоточным	
	добавочным	

49. Термин, используемый для обозначения отсутствия смыкания век при поражении лицевого нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	птоз	
	амавроз	
	лагофтальм	
	офтальмоплегия	

50. Жалоба типичная для поражения VIII пары черепных нервов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Диплопия	
	Снижение слуха	
	Нарушение вкуса	
	Нарушение звучности голоса	

51. Причиной вкусовых галлюцинаций может явиться

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Вазоневральный конфликт IX пары	
	Стволовой инсульт	
	Невринома языкоглоточного нерва	
	Опухоль височной доли	

52. Термин, использующийся для обозначения нарушения артикуляции речи

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	дисфагия	
	дизартрия	
	дисфония	
	дисфазия	

53. Черепной нерв, иннервирующий мышцы шеи

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	IX	
	X	
	XI	
	XII	

54. Синдром, сочетающий дисфагию, дисфонию и дизартрию

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Броун-Секара	
	Бернара-Горнера	
	бульбарный	
	яремного отверстия	

55. Для поражения лицевого нерва характерно изменение слуха в виде

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Кондуктивной тугоухости	
	Нейросенсорной тугоухости	
	Тиннитуса	

	Гиперакузии	

56. Отдифференцировать бульбарный паралич от псевдобульбарного можно по наличию

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Парезу голосовых связок	
	Атрофии языка	
	Дисфагии	
	Фибрилляций в верхнеплечевом поясе	

57. При поражении зрительного нерва на глазном дне выявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	ангиосклероз	
	ретинопатия	
	атрофия диска	
	макулодистрофия	

58. Гемианопсия — это обозначение для

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Слепоты на один глаз	
	Выпадения центрального поля зрения	
	Выпадения половины поля зрения	
	Появления скотомы	

59. Клинические признаки, характерные для поражения лицевого нерва

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	гемипрозоалгия	
	гипестезия половины лица	
	гемипрозопарез	
	парез жевательной мускулатуры	

60. Лицевой нерв обеспечивает все перечисленные движения, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	моргание	
	зажмуривание	
	надувание щек	
	жевание	

61. Термин «лагофтальм» используется для обозначения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	косоглазия	
	двоения	
	невозможности закрыть глаз	
	опущения верхнего века	

62. Симптом типичный для поражения вестибулярной порции VIII пары черепных нервов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	глухота	
	нистагм	
	тиннитус	
	осиплость голоса	

63. Пробы Ринне и Вебера используют для проверки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	зрения	
	вкуса	
	слуха	
	обоняния	

64. Тризм жевательной мускулатуры развивается при поражении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Ядра солитарного тракта	
	Гассерова узла	
	Моторного ядра V пары ЧН	
	Внутренней капсулы	

<u>Раздел 2.</u> Избранные вопросы частной неврологии

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – ОПК-4, ОПК-5)

1. Цереброваскулярные заболевания. Эпидемиология, социальная значимость. Классификация. Церебральные инсульты. Классификация и определения. Формулировка диагноза по МКБ.
2. Транзиторная ишемическая атака. Ишемический церебральный инсульт. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клинические проявления, методы диагностики, принципы терапии. Формулировка диагноза по МКБ.
3. Геморрагический церебральный инсульт. Классификация. Внутримозговой геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика. Формулировка диагноза по МКБ.
4. Субарахноидальное кровоизлияние (нетравматическое). Дифференциальный диагноз, тактика ведения пациента (догоспитальный, госпитальный, амбулаторный этапы), профилактика, прогноз. Формулировка диагноза по МКБ.
5. Хроническая ишемия мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика. Сосудистая деменция. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика.
6. Организация медицинской помощи пациентам с цереброваскулярной патологией в Российской Федерации. Социальная значимость проблемы, факторы риска. Вопросы первичной и вторичной профилактики. Недифференцированное и дифференцированное лечение ишемического и геморрагического инсультов.
7. Полиневропатии. Классификация. Типы повреждения нервных стволов. Общая клиническая характеристика типичной полиневропатии.
8. Поражение нервной системы при интоксикациях. Основные неврологические синдромы поражения ЦНС и ПНС при алкогольной интоксикации, других наркотических интоксикациях.

9. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика.
10. Токсическая алкогольная полиневропатия. Влияние факторов внешней среды. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
11. Болезнь Паркинсона. Эпидемиология, социальная значимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациента (госпитальный, амбулаторный этапы, реабилитация), прогноз.
12. Симптоматический /вторичный/ паркинсонизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. «Паркинсонизм-плюс». Клинические варианты. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
13. Болезнь Гентингтона. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, лечение. Медико-генетическое консультирование, этические аспекты заболевания. Диагностика, реабилитация, прогноз.
14. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). Этиология, патологическая анатомия, клиника, диагностика. Медико-генетическое консультирование. Диагностика, тактика лечения, прогноз.
15. Эпилепсия. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Первая помощь и лечение при эпилептическом припадке. Эпилептический статус.
17. Синкопальные состояния. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
18. Болезнь Альцгеймера. Эпидемиология, социальная значимость. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, тактика ведения пациента (госпитальный, амбулаторный этапы, реабилитация), профилактика, прогноз.

Тестовые задания

(проверяемые компетенции – ОПК-4, ОПК-5)

1. Какое сочетание органов-мишеней наиболее типично для болезни Вильсона?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Головной мозг и сердце	
	Печень и суставы	
	Головной мозг и печень	
	Почки и глаза	

2. Наиболее типичным клиническим синдромом для неврологической формы болезни Вильсона является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Пирамидный	
	Экстрапирамидный	
	Поражения черепных нервов	
	Судорожный	

3. Ведущим диагностическим критерием при болезни Вильсона является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Наличие цирроза печени	
	Наличие экстрапирамидных нарушений	
	Нарушение медного обмена	
	Молодой возраст	

4. Лабораторным показателем нарушения обмена меди, свидетельствующим о наличии болезни Вильсона, является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Повышенный уровень церулоплазмина	
	Пониженный уровень общей меди мочи	
	Пониженный уровень свободной меди сыворотки	
	Пониженный уровень церулоплазмина	

5. Какой препарат вместе с d-пеницилламином используют для усиления выведения меди из организма при болезни Вильсона?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Витамин В6	
	Амантадин	
	Соль цинка	
	Соль магния	

6. Основной препарат, применяемый для лечения болезни Вильсона в Российской Федерации

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Триентин	
	D-пеницилламин	
	Пенициллин	
	Препараты меди	

7. Препаратом, наиболее эффективным для коррекции моторных нарушений при болезни Гентингтона, является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Галоперидол	
	Тетрабеназин	
	Тиаприд	
	Клоназепам	

8. Типичный возраст дебюта классической гиперкинетической формы болезни Гентингтона

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	20 – 25 лет	
	26 – 34 лет	
	35 – 44 лет	
	50 – 65 лет	

9. Какой экстрапирамидный синдром преобладает при ювенильной форме болезни Гентингтона?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Хореический	
	Судорожный	

	Акинетико-ригидный	
	Миоклонический	

10. Обязательным исследованием, без которого не возможно подтверждение диагноза болезни Гентингтона, является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	ЭЭГ	
	МРТ головного мозга	
	Прямая ДНК-диагностика CAG повторов в гене Htt	
	Секвенирование гена Htt	

11. Какая деменция является статистически самой распространенной во всем мире?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Сосудистая	
	При болезни Альцгеймера	
	С тельцами Леви	
	Лобно-височная	

12. Областью головного мозга при болезни Альцгеймера, где наиболее выражена диффузная атрофия мозгового вещества является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Лобно-височная	
	Височно-теменная	
	Лобно-теменная	
	Теменно-затылочная	

13. Аутосомно-доминантный вариант болезни Альцгеймера связан с мутацией в гене

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Пресенилина (PS 1 и PS 2)	
	Супероксиддисмутазы (SOD1)	
	С 9 orf72	
	Спастина (SPG4)	

14. Наиболее типичным для ранней начальной стадии болезни Альцгеймера когнитивным расстройством является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Уменьшение словарного запаса	
	Затруднение чтения	
	Расстройство памяти	
	Апраксия	

15. Препаратом, используемым для лечения болезни Альцгеймера является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Мемоплант	

	Нейромидин	
	Циклодол	
	Ривастигмин	

16. Ведущим основополагающим клиническим диагностическим признаком болезни Паркинсона является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	мышечная ригидность	
	бради-гипокинезия	
	статический тремор	
	постуральные нарушения	

17. Доза действующего вещества препаратов Л-ДОПА при болезни Паркинсона, не должна превышать в сутки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	400 мг	
	600 мг	
	1000 мг	
	1200 мг	

18. Побочный эффект в виде психических расстройств при болезни Паркинсона чаще возникает при лечении препаратами

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Л-ДОПА содержащими	
	агонистами дофаминовых рецепторов	
	амантадинами	
	ингибитороами КОМТ	

19. Использования каких препаратов лучше избегать при лечении пациентов с болезнью Паркинсона старше 70ти лет?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Л-ДОПА содержащих	
	холинолитиков	
	ингибиторов КОМТ	
	антихолинэстеразных	

20. Для паркинсонического тремора характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Симметричность	
	Усиление при выполнении целенаправленного действия	
	Ослабление при выполнении целенаправленного	

	действия	
	Ослабление при ходьбе	

21. Для дистонического гиперкинеза характерно

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Ослабление при выполнении целенаправленного действия	
	Выраженный положительный ответ на β-блокаторы	
	Ослабление при применении корригирующих жестов	
	Усиление при применении корригирующих жестов	

22. Для дистонического гиперкинеза, независимо от его этиологии, характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Контроль силой воли	
	Ослабление при выполнении целенаправленных движений	
	Усиление при выполнении целенаправленных движений	
	Усиление в положении лежа	

23. Дебют синдрома Жиля де ля Туретта чаще всего приходится на возраст:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	40-50 лет	
	До 20 лет	
	После 50 лет	
	После 70 лет	

24. Для синдрома Жиля де ляТуретта характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Пирамидная симптоматика	
	Экстрапирамидная симптоматика	
	Мозжечковая симптоматика	
	Деменция	

25. Какой диагноз отсутствует в МКБ 10?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Инфаркт мозга	
	Транзиторная ишемическая атака	
	Дисциркуляторная энцефалопатия	
	Сосудистая деменция	

26. Основной фактор, положенный в основу классификации подтипов ишемического инсульта

Поле для	Варианты ответов	Правильный

выбора ответа		ответ
	Локализация в головном мозге	
	Поражение экстра- или интракраниального сосуда	
	Причина формирования зоны ишемии	
	Размер инфаркта	

27. Диагноз транзиторной ишемической атаки (в отличие от инсульта) может быть установлен, если у пациента в течение 24х часов регрессируют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Общемозговые симптомы	
	Высокие цифры артериального давления	
	Очаговые симптомы	
	Жалобы	

28. Период времени, в течение которого регрессируют неврологические симптомы при транзиторной ишемической атаке составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	30 минут	
	2 часа	
	24 часа	
	48 часов	

29. Основным фактором риска для развития кардиоэмболического инсульта является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Артериальная гипертензия	
	Возраст	
	Сахарный диабет	
	Фибрилляция предсердий	

30. «Терапевтическое окно» для проведения тромболитической терапии составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	2 часа	
	6 часов	
	8 часов	
	24 часа	

31. Метод исследования, позволяющий исключить геморрагический характер инсульта в первые часы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	МРТ (Т1, Т2 режимы)	
	КТ	
	УЗ дуплексное сканирование сосудов	
	Исследование ликвора	

32. Для плановой вторичной профилактики инсульта пациенту с постоянной формой фибрилляции предсердий показано назначение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Прямых антикоагулянтов	
	Непрямых антикоагулянтов	
	Бета-адреноблокаторов	
	Блокаторов Са каналов	

33. Реабилитационные мероприятия пациенту с ишемическим инсультом начинают проводить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Через неделю	
	Сразу в остром периоде	
	После выписки из стационара	
	После вертикализации	

34. Препарат из группы антикоагулянтов, при применении которого не требуется регулярный мониторинг параметров свертывающей системы крови

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Ривароксабан	
	Варфарин	
	Аспирин	
	Клопидогрел	

35. Причиной спонтанного субарахноидального кровоизлияния чаще всего является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Атеросклероз церебральных сосудов	
	Опухоль головного мозга	
	Внутричерепная аневризма	
	Системный васкулит	

36. Типичный симптом субарахноидального кровоизлияния

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Анизокария	
	Гемипарез	
	Менингеальный синдром	
	Афазия	

37. К первично демиелинизирующим относится полиневропатия

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Дифтерийная	
	Алкогольная	
	Диабетическая	
	При гипотиреозе	

38. Для лечения алкогольной полиневропатии обязательным является назначение больших доз витамина

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Пиридоксина	
	Тиамина	
	Цианкобаламина	
	Никотиновой кислоты	

39. Для лечения невралгии тройничного нерва используют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Глюкокортикостероиды и физиотерапию	
	Антиконвульсанты и хирургическое лечение	
	Препараты спорыньи и антисеротониновые	
	Анальгетики и массаж	

40. Препараты, злоупотребление которыми может вызвать медикаментозно индуцированную головную боль

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Блокаторы Са каналов	
	Антибиотики группы макролидов	
	Анальгетики	
	Антиоксиданты	

41. Иглорефлексотерапия наиболее эффективна для лечения заболеваний

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Периферической нервной системы	
	Экстрапирамидных	
	Нейродегенеративных	
	Цереброваскулярных	

42. Фокальный двигательный эпилептический припадок был описан и носит имя невропатолога

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Французского Дежерина	
	Английского Джексона	
	Русского Даркшевича	
	Немецкого Оппенгейма	

43. Локализация опухоли головного мозга, для которой характерны фокальные Джексоновские судорожные приступы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Лобная доля	
	Височная доля	
	Затылочная доля	
	Теменная доля	

44. Симптомы характерные для опухоли височной доли доминантного полушария

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Моторная и сенсорная афазии	

	Сенсорная и амнестическая афазии	
	Сенсорная афазия и аутотопагнозия	
	Моторная афазия и афингерагнозия	

45. Эпилептические припадки со слуховыми, обонятельными или вкусовыми галлюцинациями наблюдаются при опухолях доли головного мозга

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
	Лобной	
	Височной	
	Затылочной	
	Теменной	

Ситуационные задачи

(проверяемые компетенции – ОПК-4, ОПК-5)

ЗАДАЧА№ 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад появилось дрожание правой руки, через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. Неврологический статус: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти, поза, полусогнутая вперед, шаркающая походка. Известно, что отец пациента имел схожие симптомы.

Вопросы:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
5. Предложите тактику терапии.

ЗАДАЧА № 2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, обратился в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голеней, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук. Эти явления появились около 5-ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками.

Неврологический статус: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

Вопросы:

1. Поставьте синдромальный, топический и клинический диагноз.
2. Требуется ли экстренная госпитализация?
3. Предложите план обследования.

4. С какими заболеваниями, в первую очередь, необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Предложите тактику лечения, включая немедикаментозные методы, профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА № 3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Студент 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое появилось в течение нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка и речи. Известно, что с 7 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический гепатит, неуточненного генеза. При осмотре было выявлено: легкая дизартрия, крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координаторных проб в верхних конечностях, повышение мышечного тонуса по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужной оболочки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

Вопросы:

1. Поставьте топический диагноз
2. Поставьте наиболее вероятный клинический диагноз
3. Название кольца бурого цвета (эпонимное) и чем обусловлен этот феномен?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
5. Предложите тактику терапии.

ЗАДАЧА № 4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мужчина 45 лет начал замечать появление насильственных движений в нижних конечностях при ходьбе, появились проблемы на работе и конфликтные ситуации в семье. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников.

Объективно при осмотре было выявлено: умеренно выраженные крупноамплитудные, быстрые, хаотичные насильственные движения в конечностях, непроизвольные движения в мимической мускулатуре, языке. Психометрическое тестирование выявило легкое нарушение когнитивных функций. Жена вспомнила, что у свекра были какие-то похожие проблемы в возрасте 53х лет. Но диагноз поставлен не был, так как он погиб в результате несчастного случая.

Вопросы:

1. Поставьте топический диагноз?
2. Поставьте наиболее вероятный клинический диагноз?
3. Какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
4. Предложите тактику ведения пациента?
5. Медико-генетический прогноз для сына 23-х и дочери 17-ти лет

ЗАДАЧА № 5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала

апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива.
При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлексы орального автоматизма.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения.
5. План реабилитации.

ЗАДАЧА № 6

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мужчины 52 лет, после бессонной ночи, развилась серия судорожных тонико-клонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противоэпилептические препараты принимает нерегулярно.

Вопросы:

1. Тактика первой доврачебной помощи.
2. Действия врача скорой помощи.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Предложите тактику обследования.
5. Предложите тактику лечения.

ЗАДАЧА № 7

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Женщина, 37 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет, правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием.
При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости.
При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, подтвержденный на краниограммах.
В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Консультации каких специалистов показаны в данной ситуации?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения.
5. Прогноз.

ЗАДАЧА № 8

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мужчина 64х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке.

Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент все понимал, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента).

На ЭКГ: ЧСС 68 в минуту, ритм синусовый, признаки диффузного кардиосклероза.

Вопросы:

1. Поставьте синдромальный, топический, предположительный клинический диагнозы.
2. Тактика оказания помощи на догоспитальном этапе.
3. Какие обследования необходимо провести в стационаре?
4. Предложите тактику ведения пациента.
5. Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики.

Практические навыки (ПК)

(проверяемые компетенции – ОПК-4, ОПК-5)

Раздел 1.

1. Методика неврологического осмотра

1. Провести оценку мышечной силы по 5-ти балльной системе, провести пробы на скрытый парез.
2. Показать методику оценки мышечного тонуса, объяснить разницу между различными типами изменения
3. Показать методику оценки глубоких рефлексов, объяснить возможные изменения.
4. Показать методику выявления клонусов и патологических рефлексов на верхних и нижних конечностях
5. Продемонстрировать способы оценки равновесия.
6. Продемонстрировать проверку тестов на координацию движений, дисметрию, диадохокинез
7. Продемонстрировать методику осмотра для выявления синдрома Паркинсонизма
8. Описать характеристику и двигательный рисунок различных типов гиперкинезов
9. Объяснить алгоритм и продемонстрировать методику исследования поверхностных видов чувствительности
10. Объяснить алгоритм и продемонстрировать методику исследования глубоких видов чувствительности
11. Показать методику исследования симптомов натяжения, объяснить выявляемые нарушения
12. Продемонстрировать методику исследования I пары черепных нервов.
13. Продемонстрировать методику исследования II пары черепных нервов.
14. Продемонстрировать методику исследования III пары черепных нервов.
15. Продемонстрировать методику исследования IV, VI пары черепных нервов.
16. Продемонстрировать методику исследования VII пары черепных нервов.
17. Продемонстрировать методику исследования V пары черепных нервов (двигательной порции).
18. 18.Продемонстрировать методику исследования V пары черепных нервов (чувствительная порция).
19. Продемонстрировать методику исследования VIII пары черепных нервов.

20. Продемонстрировать методику исследования IX пары черепных нервов.
21. 21.Продемонстрировать методику исследования X пары черепных нервов.
22. Продемонстрировать методику исследования XI пары черепных нервов.
23. Продемонстрировать методику исследования XII пары черепных нервов.
24. Дать характеристику и продемонстрировать методику выявления менингеального симптомокомплекса
25. Продемонстрировать методику исследования речевых функций
26. Продемонстрировать методику выявления псевдобульбарного синдрома.
27. Продемонстрировать методику исследования праксиса и гнозиса
28. Оценить уровень сознания пациента

Раздел 2.

1. Схема записи неврологического статуса.

1. Ординатор демонстрирует умение письменно оформить схему записи неврологического статуса пациента.
2. Ординатор участвует в подготовке презентации клинического случая.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые компетенции – ОПК-4, ОПК-5)

1. Рефлексы, определение, классификация, функциональная морфология
2. Характеристика рефлексов, исследуемых при оценке неврологического статуса
3. Двигательный путь, анатомия, симптомы поражения на разных уровнях.
4. Симптомы поражения центрального и периферического двигательного нейрона.
5. Спино-таламический путь, Пути Голля и Бурдаха, анатомия, симптомы поражения на разных уровнях.
6. Типы чувствительных нарушений, алгоритм выявления.
7. Спинной мозг, синдромы поражения спинного мозга на разных уровнях.
8. Экстрапирамидная нервная система, анатомия, функции, синдромы поражения.
9. Синдром Паркинсонизма.
10. Гиперкинезы, характеристика основных видов.
11. Мозжечок, анатомия, функции, симптомы поражения.
12. Синдромы нарушения высших психических функций, общая характеристика.
13. Виды афазий, апраксий, агнозий, методика выявления.
14. Синдромы поражения лобных, теменных, височных, затылочных долей головного мозга.
15. Обонятельный нерв, анатомия, симптомы поражения.
16. Зрительный нерв, анатомия, симптомы поражения.
17. Дифференциальный диагноз гемианопсий.
18. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы, анатомия, симптомы поражения.
19. Тройничный нерв, анатомия, симптомы поражения.
20. Лицевой нерв, анатомия, симптомы поражения.
21. Кохлео-вестибулярный нерв, анатомия, симптомы поражения.
22. Языкоглоточный, блуждающий нервы, анатомия, симптомы поражения.
23. Добавочный, подъязычный нервы, анатомия, симптомы поражения.
24. Бульбарный и псевдобульбарный параличи, дифференциальный диагноз.
25. Цереброваскулярные заболевания. Эпидемиология, социальная значимость. Классификация. Церебральные инсульты. Классификация и определения. Формулировка диагноза по МКБ.

26. Транзиторная ишемическая атака. Ишемический церебральный инсульт. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клинические проявления, методы диагностики, принципы терапии. Формулировка диагноза по МКБ.
27. Геморрагический церебральный инсульт. Классификация. Внутримозговой геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика. Формулировка диагноза по МКБ.
28. Субарахноидальное кровоизлияние (нетравматическое). Дифференциальный диагноз, тактика ведения пациента (догоспитальный, госпитальный, амбулаторный этапы), профилактика, прогноз. Формулировка диагноза по МКБ.
29. Хроническая ишемия мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика. Сосудистая деменция. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика.
30. Организация медицинской помощи пациентам с цереброваскулярной патологией в Российской Федерации. Социальная значимость проблемы, факторы риска. Вопросы первичной и вторичной профилактики. Недифференцированное и дифференцированное лечение ишемического и геморрагического инсультов.
31. Полиневропатии. Классификация. Типы повреждения нервных стволов. Общая клиническая характеристика типичной полиневропатии.
32. Поражение нервной системы при интоксикациях. Основные неврологические синдромы поражения ЦНС и ПНС при алкогольной интоксикации, других наркотических интоксикациях.
33. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Этиология, клиника, обследование, лечение, профилактика.
34. Токсическая алкогольная полиневропатия. Влияние факторов внешней среды. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
35. Болезнь Паркинсона. Эпидемиология, социальная значимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациента (госпитальный, амбулаторный этапы, реабилитация), прогноз.
36. Симптоматический /вторичный/ паркинсонизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. «Паркинсонизм-плюс». Клинические варианты. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
37. Болезнь Гентингтона. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, лечение. Медико-генетическое консультирование, этические аспекты заболевания. Диагностика, реабилитация, прогноз.
38. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). Этиология, патологическая анатомия, клиника, диагностика. Медико-генетическое консультирование. Диагностика, тактика лечения, прогноз.
39. Эпилепсия. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Первая помощь и лечение при эпилептическом припадке. Эпилептический статус.
41. Синкопальные состояния. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
42. Болезнь Альцгеймера. Эпидемиология, социальная значимость. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, тактика ведения пациента (госпитальный, амбулаторный этапы, реабилитация), профилактика, прогноз.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
(проверяемые компетенции – ОПК-4, ОПК-5)

Тестовая база содержит 100 заданий из Разделов 1 и 2 текущего контроля.
Для тестирования случайным образом выбирается 15 заданий, на которые студент должен дать ответ за 10 минут.

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
«05»марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Неврология»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Неврология» рассмотрена на заседании кафедры неврологии с клиникой.

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 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

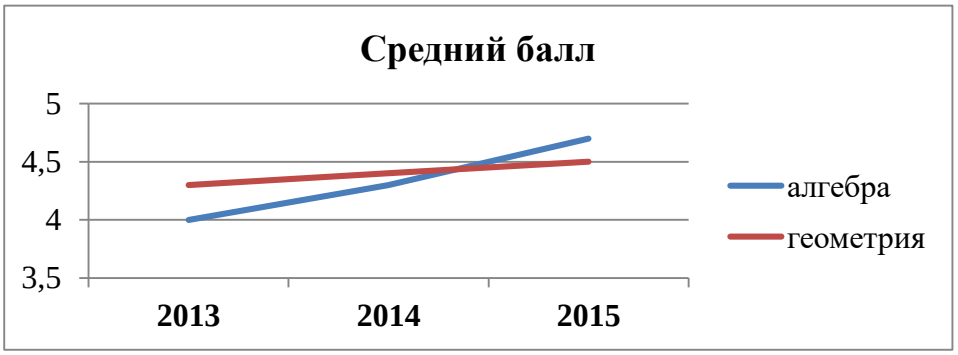


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

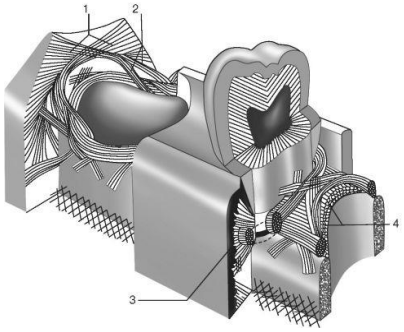


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

– ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;

– загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:

–линия улыбки (визуализация десневого края);

–биотип мягких тканей (толстый, тонкий).

2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:

–оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

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

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	**ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОДИАГНОСТИКИ**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия**
	(код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия**
	(наименование направленности)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра психологии**
	(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Занятия лекционного типа	**4 час.**
Занятия семинарского типа	**44 час.**
Всего аудиторной работы	**48 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**24 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час/зач.ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Основы клинической психологии и психодиагностики» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия";
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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, профессор кафедры 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
3.	Санникова Татьяна Евгеньевна	-	Ассистент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Основы клинической психологии и психодиагностики» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии.

Рабочая программа дисциплины «Основы клинической психологии и психодиагностики» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы клинической психологии и психодиагностики» направлена на формирование представлений врачей-психотерапевтов об основах клинической психологии и психодиагностики для организации и осуществления компетентного взаимодействия с клиническими (медицинскими) психологами при решении профессиональных задач.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины - формирование у обучающихся теоретических знаний об основах клинической психологии, возможностях и методах в области пато- и нейропсихологической диагностики.

Задачи изучения дисциплины:

- формирование системных теоретических, научных и прикладных знаний об объекте, предмете, целях, задачах, основных разделах клинической психологии и ее соотношении со смежными областями психологии и медицины;
- приобретение навыков работ клинического психолога в научно-исследовательской и клинико-практической сферах деятельности, самостоятельного анализа научной литературы, посвященной теоретическим и практическим вопросам клинической психологии;
- приобретение навыков построения нейропсихологического и патопсихологического обследования, составления заключения по результатам проведенной диагностики.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы клинической психологии и психодиагностики» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» (Элективные дисциплины. Профессиональный модуль) учебного плана по специальности по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Междисциплинарные и внутридисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

- «Педагогика»

Дисциплина обеспечивает изучение последующих дисциплин и практик учебного плана:

- «Клиническая практика»
- «Научно-исследовательская работа»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Код и наименование универсальной компетенции	Код индикаторов достижения компетенций	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность			
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	**ОПК-8.1.** Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	**Знает:** - базовые понятия, основные разделы, фундаментальные научные концепции, актуальные методологические основания клинической психологии - основные методы пато- и нейропсихологической диагностики, сферу их применения при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и при осуществлении диспансерного наблюдения **Умеет:** - оценивать и применять содержание пато- и нейропсихологических заключений при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и при осуществлении диспансерного наблюдения - использовать положения и категории клинической психологии и психодиагностики для возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития	Для текущего контроля: КВ, П, ПЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	ОПК-8.2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.		
	ОПК-8.3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.		Для текущего контроля: КВ, П, ПЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность			
ПК-4. 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-4.1**. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** - возможности и способы применения приемов пато- и нейпсихологического обследования для определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм **Умеет:** - использовать методы и приемы пато- и нейпсихологического обследования для определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм	Для текущего контроля: КВ, П, ПЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания, П – темы презентаций

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)		**50**	50
Из них:			
Занятия лекционного типа		**4**	4
Занятия семинарского типа		**44**	44
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.*		39	39

**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 *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 2					
Тема 1. Основы клинической психологии	1	12	8	20	8
Тема 2. Методологические основания клинико-психологической диагностики	1	12	8	22	14
Тема 3. Методы пато- и нейропсихологического обследования. Психодиагностика личности.	2	20	8	30	17
ИТОГО	**4**	**44**	**24**	**72**	**39**

**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 лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Тема 1.	Тема 1. Основы клинической психологии	1	История возникновения и развития клинической психологии. Объект, предмет, задачи, разделы и междисциплинарные связи клинической психологии. Методологические принципы клинической психологии. Этика в клинической психологии. Категории нормы и патологии, здоровья и болезни в клинической психологии. Организационные аспекты деятельности клинического психолога. Основные разделы клинической психологии: нейропсихология, патопсихология, психосоматика, психология отклоняющегося поведения, психология аномального развития.	ОПК-8, ПК-4.1	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 2.	Тема 2. Методологические основания клинико-психологической диагностики	1	Парадигмы и основные методы клинической психологии. Основные задачи и общие принципы исследования в клинике. Общие и специфические требования к технологиям психодиагностики в клинике.	ОПК-8, ПК-4.1	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 3.	Тема 3. Методы пато- и нейропсихологического обследования. Психодиагностика личности.	2	Методы качественного и количественного анализа патопсихологических проявлений. Задачи, принципы построения пато- и нейропсихологического исследования. Наблюдение, эксперимент, методы опроса, тестирование, проективные методики в патопсихологическом исследовании. Подбор экспериментальных методик. Направления современной нейропсихологии и их психодиагностическое значение. Психодиагностика личности. Диагностика отношения личности к болезни и лечению.	ОПК-8, ПК-4.1	Мультимедийная презентация	КВ
	ВСЕГО	**4**				

* ***Оценочные средства:*** *КВ – контрольные вопросы*

4.3. 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
1.	Практическое занятие	Методы качественного и количественного анализа клинических проявлений	4	2	Общие и специфические требования к технологиям психодиагностики в клинике. Задачи, принципы построения клинико-психологического исследования. Наблюдение, эксперимент, методы опроса, тестирование, проективные методики в патопсихологическом исследовании. Подбор экспериментальных методик.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
2.	Практическое занятие	Беседа в клинико-психологической практике	4	2	Анализ истории болезни и особенностей анамнеза. Беседа с пациентом: установление контакта, уточнение данных анамнеза и сведений о профессии, образовательном уровне.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
3.	Практическое занятие	Патодиагностическое обследование	4	2	Основные принципы и этапы патопсихологического диагностического обследования. Содержательное и временное планирование патопсихологического обследования.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
4.	Практическое занятие	Нейропсихологическое обследование	4	2	Основные принципы и этапы нейропсихологического диагностического обследования. Содержательное и временное планирование нейропсихологического обследования.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
5.	Практическое занятие	Психодиагностика эмоциональной сферы	4	2	Патопсихологические методики. Методика «Пиктограмма». Диагностика нарушений эмоциональной сферы.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
6.	Практическое занятие	Психодиагностика когнитивных функций и движения	4	3	Тесты на исследование зрительного, зрительно-пространственного, цветового гнозиса, неречевого слуха, слухомоторных координаций, тактильного гнозиса. Методы исследования общей, слухоречевой и зрительно-предметной памяти. Методы исследования внимания: тесты на произвольное и непроизвольное внимание, устойчивость внимания. Методы исследования нарушения произвольных движений и действий.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
7.	Практическое занятие	Психодиагностика мышления	4	4	Методы исследования наглядно-образного и вербально-логического мышления. Исследование речи и речевых процессов. Письменная речь. Исследование возможности понимания логико-грамматических конструкций.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
8.	Практическое занятие	Психодиагностика личности	4	4	Оценка личности больного: методика «Личностный дифференциал». Исследование самооценки: методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейна. Исследование уровня притязаний: метод исследования субъективного контроля УСК, определение направленности личности, тест Кеттелла (16 PF-опросник), шкала одиночества, тест «Незаконченные предложения»,	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ

					личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ).		
9.	Практическое занятие	Психодиагностика отношения к болезни и комплаентности	4	4	Структурные компоненты внутренней картины болезни. Психологические реакции личности на заболевание; болезнь как психотравма и кризисная ситуация; типы отношения к болезни; система психической адаптации к заболеванию. Психодиагностика комплаентности.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
10.	Практическое занятие	Психодиагностическое заключение	4	4	Психодиагностическое заключение: виды, особенности составления. Структура и особенности пато- и нейропсихологического заключения. Примеры и разбор заключений.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
11.	Практическое занятие	Психодиагностическое заключение	4	4	Формирование навыка написания и чтения психологического заключения по результатам психодиагностических исследований.	ОПК-8, ПК-4.1	П, ПЗ
ВСЕГО			**44**	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.*
КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания, П – темы презентаций

4.4. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые Компетенции
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	8	ОПК-8, ПК-4.1
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	8	ОПК-8, ПК-4.1
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	8	ОПК-8, ПК-4.1
ВСЕГО	**24**	Из них на практическую подготовку - **6**

Темы докладов и презентаций приведены в *Приложении 1*, где представлены оценочные средства.

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	**ПЗ**	**П**
Текущий контроль	Тема 1. Основы клинической психологии	10	2	10
	Тема 2. Методологические основания клинико-психологической диагностики	10	2	20
	Тема 3. Методы пато- и нейропсихологического обследования. Психодиагностика личности.	20	3	10
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		40	7	40

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания, П – темы презентаций

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Основы клинической психологии	ОПК-8, ПК-4.1	КВ, ПЗ, П
2.	Тема 2. Методологические основания клинико-психологической диагностики	ОПК-8, ПК-4.1	КВ, ПЗ, П
3.	Тема 3. Методы пато- и нейропсихологического обследования. Психодиагностика личности.	ОПК-8, ПК-4.1	КВ, ПЗ, П

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания, П – темы презентаций

5.3. Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	ОПК-8, ПК-4.1	П, КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	ОПК-8, ПК-4.1	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	ОПК-8, ПК-4.1	П

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания, П – темы презентаций

5.4. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	**Вид задания**	**Оценочные материалы**	**Проверяемые компетенции**
1	Тестирование	Тестовые задания	ОПК-8, ПК-4

Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые обучающийся должен дать ответ за 30 минут.

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

Оценка	Выполнение тестовых заданий
Не зачтено	70% и менее верных ответов
Зачтено	Более 70 % верных ответов

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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.

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
КВ	**Типовые контрольные вопросы:** 1. Перечислите принципы построения патопсихологического исследования. 2. Укажите направленность патопсихологического эксперимента. 3. Перечислите методы патопсихологического исследования. 4. Перечислите особенности использования метода анкетирования. 5. Охарактеризуйте этапы беседы с больным. 6. Перечислите теста интеллекты, которые используются в патопсихологии. 7. Назовите сходство и различие между патопсихологией и психопатологией. 8. Объясните в чем заключается психолого-биографический анализ.	ОПК-8, ПК-4.1
ПЗ	**Типовые практические задания** Обучающимся предлагается ознакомиться с образцом разработанной Н.Т. Колесник карты психологического освидетельствования и составить карту психологического освидетельствования на материале самодиагностики.	ОПК-8, ПК-4.1
П	1. «Норма» и «патология» в клинико-психологической диагностике. 2. Психофизиологический, психологический и социально-психологический уровни в психодиагностическом поле клинического психолога. 3. Этические нормы при подборе психодиагностического инструментария. 4. Структура нейропсихологического заключения. 5. Структура патопсихологического заключения.	ОПК-8, ПК-4.1

ТЗ	**Типовые тестовые задания** 1. Основоположником патопсихологического исследования в России стал: a) И.М. Сеченов **b) В.М. Бехтерев** c) А.Р. Лурия d) Л.С. Выготский 2. Психологическое исследование нарушений мышления, личности, умственной трудоспособности больного, выявление сохранных психических функций для построения плана коррекционно-восстановительной работы является компетенцией: a) психолога-педагога **b) патопсихолога** c) врача-психиатра d) педагога-воспитателя 3. Выполнению заданий по каждой методике предшествует: a) анкетирование **b) инструкция** c) тестирование d) психолого-биографический анализ 4. Метод сбора фактов о психических явлениях в процессе личностного общения – это: a) наблюдение **b) беседа** c) анкетирование d) тестирование 5. Метод сбора фактов в специально созданных условиях, обеспечивающих активное проявление изучаемых психических явлений – это: a) тест **b) эксперимент** c) беседа d) наблюдение	ОПК-8, ПК-4.1

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания, П – темы презентаций

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 (https://minzdrav.gov.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. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513590
2. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html
3. Шарапов, А. О. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии: практическое пособие / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и

доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Профессиональная практика). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518577
4. Ромек, В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / В. Г. Ромек. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/515451
5. Залевский, Г. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518572
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520277

Дополнительная литература:

1. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html
2. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 432 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511157
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html
4. Рачин, А. П. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html
5. Мелехин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 496 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455050.html
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462980.html
7. Шевченко Ю.С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Шевченко Ю.С. - Москва: МИА, 2018. - 504 с. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/28299
8. Соколова, Е. Т. Психоаналитическое направление в психотерапии: учебник для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 139 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/532194
9. Шарапов, А. О. Технологии психологического консультирования: учебное пособие для вузов / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518403

10. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/516672

7. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Методическое материалы по дисциплине «Основы клинической психологии и психодиагностики» для специальности 31.08.22 Психотерапия / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«Основы клинической психологии и психодиагностики» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия 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 клинической психологии и психодиагностики» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

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

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

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

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

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы клинической психологии и

психодиагностики» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение дисциплины «Основы клинической психологии и психодиагностики» 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 клинической психологии и психодиагностики» 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 КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОДИАГНОСТИКИ»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург

2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОДИАГНОСТИКИ»**

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Код контролируемых компетенций или индикаторов достижения компетенций	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Основы клинической психологии	ОПК-8, ПК-4.1	КВ, ПЗ, П
Тема 2. Методологические основания клинико-психологической диагностики	ОПК-8, ПК-4.1	КВ, ПЗ, П
Тема 3. Методы пато- и нейропсихологического обследования. Психодиагностика личности.	ОПК-8, ПК-4.1	КВ, ПЗ, П
Подготовка к решению тестовых заданий для промежуточной аттестации	ОПК-8, ПК-4.1	ТЗ

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

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

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

ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

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

Код индикаторов достижения компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-8.1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств. **ОПК-8.2.** Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами. **ОПК-8.3.** Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми	**Знает:** - базовые понятия, основные разделы, фундаментальные научные концепции, актуальные методологические основания клинической психологии - основные методы пато- и нейропсихологической диагностики, сферу их применения при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и при осуществлении диспансерного наблюдения **Умеет:** - оценивать и применять содержание пато- и нейропсихологических заключений при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и при осуществлении диспансерного наблюдения - использовать положения и категории клинической психологии и психодиагностики для возникновения и (или) распространения заболеваний, их	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПЗ Полнота и актуальность рассмотрения темы в П	Для текущего контроля: КВ, ПЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ

актами.	раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития		
ПК-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** - возможности и способы применения приемов пато- и нейпсихологического обследования для определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм **Умеет:** - использовать методы и приемы пато- и нейпсихологического обследования для определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПЗ Полнота и актуальность рассмотрения темы в П	Для текущего контроля: КВ, ПЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Оценка	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение практических заданий	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 выполнение практических заданий без соответствия рекомендованным алгоритмам и рекомендациям без учета специфики пациентов различного профиля и социально-психологического статуса пациентов и их родственников	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.	Корректное выполнение практических заданий по рекомендованным алгоритмам и рекомендациям с учетом специфики пациентов различного профиля и социально-психологического статуса пациентов и их родственников	Презентация по теме из предложенного списка, содержит 10 — 15 слайдов. Имеют ссылки на используемую литературу. Использованы публикации по теме за последние 10 лет

Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

4. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции (индикаторы достижения компетенций)
1 этап	Тестирование	ТЗ	ОПК-8, ПК-4.1

5. Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые обучающийся должен дать ответ за 30 минут.

Оценка	Выполнение тестовых заданий
Не зачтено	70% и менее верных ответов
Зачтено	Более 70 % верных ответов

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы,
ТЗ – тестовые задания,
ПЗ – практические задания,
П – темы презентаций

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Тема 1. Основы клинической психологии (ОПК-8, ПК-4.1)

Контрольные вопросы

1. Дайте определение клинической психологии.
2. Назовите предмет и объект клинической психологии.
3. Приведите структуру клинической психологии.
4. Перечислите основные методы клинической психологии.
5. Назовите основные направления работы клинического психолога.
6. Перечислите задачи деятельности клинического психолога.
7. Дайте характеристику деонтологической модели.
8. Перечислите психологические механизмы, характеризующие здоровье. Назовите основные отличия биомедицинской модели болезни от биопсихосоциальной.
9. Дайте определение патопсихологии. Назовите предмет и объект патопсихологии.
10. Дайте определение нейропсихологии. Перечислите задачи нейропсихологии.

Практические задания

Практическое задание 1
Обучающимся рекомендуется по результатам изучения темы (изучив материалы лекций, основную и рекомендуемую дополнительную литературу) заполнить таблицу: указать методы исследования патопсихологии и их разновидности (при наличии), а также прописать суть применения каждого метода в практике патопсихолога.

Название метода	Суть метода в патопсихологии

Практическое задание 2
Обучающимся рекомендуется по результатам изучения темы (изучив материалы лекций, основную и рекомендуемую дополнительную литературу) заполнить таблицу: функциональные блоки мозга.

Блоки	I	II	III
Название	Энергетический	Блок приема, переработки и хранения информации	Блок программирования, регулирования и контроля деятельности
Схематическое изображение			
Функции (мозговой субстрат)			
Функции (психика)			
Особенности поражения структур			
Особенности нейронального содержания			
Анатомический состав и строение			

Темы для презентаций

1. Связь клинической психологии с другими науками.
2. Этапы клинико-психологического исследования.
3. Метод беседы: разновидности, особенности проведения.
4. Методы качественного и количественного анализа патопсихологических проявлений.
5. Методы количественного анализа патопсихологических проявлений.
6. Теория отношений В.Н. Мясищева.
7. Идеи Л.С. Выготского в становлении клинической психологии.
8. Место нейропсихологии в системе научного знания.
9. Системный подход в нейропсихологии.
10. Исторические обоснования современных направлений развития в нейропсихологии.

Тема 2. Методологические основания клинико-психологической диагностики (ОПК-8, ПК-4.1)

Контрольные вопросы

1. Перечислите принципы построения патопсихологического исследования.
2. Укажите направленность патопсихологического эксперимента.
3. Перечислите методы патопсихологического исследования.
4. Перечислите особенности использования метода анкетирования.
5. Охарактеризуйте этапы беседы с больным.
6. Объясните в чем заключается психолого-биографический анализ.
7. Назовите цель нейропсихологической диагностики.
8. Перечислите принципы нейропсихологической диагностики.
9. Перечислите правила нейропсихологического обследования.
10. Расскажите схему нейропсихологического исследования.

Практические задания

Практическое задание 1.
Обучающимся рекомендуется по результатам изучения темы (изучив материалы лекций, основную и рекомендуемую дополнительную литературу) заполнить таблицу: указать методы

исследования клинической психологии и их разновидности (при наличии), а также прописать суть применения каждого метода в практике клинического психолога.

Название метода	Суть метода в клинической практике

Практическое задание 2
Обучающимся рекомендуется по результатам изучения темы (изучив материалы лекций, основную и рекомендуемую дополнительную литературу) заполнить таблицу об особенностях написания нейропсихологического и патопсихологического заключения.

Параметры оценки	Патопсихологическое заключение	Нейропсихологическое заключение
Цель		
Структура (содержание каждой части)		
Основные методы		
Основные ошибки при составлении заключения		
Основные принципы составления заключения		

Темы для презентаций

1. Этапы нейропсихологического обследования.
2. Метод клинической беседы.
3. Методики оценки латеральной организации функций.
4. Принципы работы анализаторных систем.
5. Методики изучения симультанного гнозиса.
6. Нарушения топографической ориентировки: формы проявления и методики диагностики.
7. Методики для исследования математического мышления: описание, процедура проведения.
8. Методики исследования вербально-логического мышления.
9. Методики исследования апраксий.
10. Методы исследования импрессиной речи.
11. Нарушения фонематического слуха.
12. Виды модально-специфических нарушений памяти.
13. Нарушение внимания к двигательным актам.
14. Нарушения мышления при поражении левой височной области: симптомы и методики диагностики.
15. Нарушения мышления при поражении теменно-затылочных отделов мозга: симптомы и методики диагностики.
16. Нарушения мышления при поражении лобных префронтальных отделов мозга: симптомы и методики диагностики.
17. Пароксизмальные аффективные нарушения.
18. Принципы восстановительного обучения.

19. Синдром височной афазии.
20. Роль лобных отделов мозга в организации движения.

Тема 3. Методы пато- и нейропсихологического обследования. Психодиагностика личности (ОПК-8, ПК-4.1)

Контрольные вопросы

1. Назовите методики исследования снижения уровня обобщения.
2. Назовите методики диагностики зрительного гнозиса.
3. Перечислите нейропсихологические методики для исследования слухового гнозиса.
4. Поясните цель и процедуру проведения пробы узнавание предметов наощупь.
5. Назовите нейропсихологические пробы для исследования памяти.
6. Перечислите методики исследования интеллектуальных процессов.
7. Расскажите суть методики «Последовательность событий».
8. Приведите примеры диагностики основных нарушений воли.
9. Назовите основные диагностики эмоциональных синдромов.
10. Перечислите основные виды диагностики нарушений эмоциональной сферы.
11. Назовите методики для исследования памяти.
12. Назовите методики диагностики внутренней картины болезни.
13. Перечислите методики исследования внимания.
14. Назовите, какие показатели определяются по методике «Таблицы Шульте».
15. Укажите цель исследования методики Мюнстерберга.
16. Назовите варианты использования методики «Исключение лишнего».
17. Перечислите тесты для выявления скрытого левшества.
18. Перечислите методики для оценки личности больного.
19. Перечислите методики для оценки приверженности лечению.
20. Приведите примеры диагностики нарушений мышления.

Практические задания

Практическое задание 1
Обучающимся рекомендуется по результатам изучения темы (изучив материалы лекций, основную и рекомендуемую дополнительную литературу) заполнить таблицу: написать нарушения каждого познавательного процесса (память, внимание, мышление) и подобрать методику диагностики нарушения.

Познавательный процесс	Вид нарушения	Проявления нарушения у больного	Методика диагностики нарушения

Практическое задание 2
Обучающимся рекомендуется по результатам изучения темы (изучив материалы лекций, основную и рекомендуемую дополнительную литературу) заполнить таблицу: к указанным нарушениям подобрать методику диагностики.

Вид нарушения	Проявления нарушения у	Методика диагностики

	больного	нарушения
Нарушения личности		
Акцентуации характера		
Нарушения воли		
Нарушения эмоциональной сферы		
Психомоторные нарушения		

Практическое задание 3
Обучающимся предлагается ознакомиться с образцом карты психологического освидетельствования, разработанной Н.Т. Колесник (Приложение 1) и составить карту психологического освидетельствования на материале самодиагностики.

Темы для презентаций

1. Норма» и «патология» в клинико-психологической диагностике.
2. Психофизиологический, психологический и социально-психологический уровни в психодиагностическом поле клинического психолога.
3. Этические нормы при подборе психодиагностического инструментария.
4. Структура нейропсихологического заключения.
5. Структура патопсихологического заключения.
6. Принципы нейропсихологического обследования.
7. Этапы нейропсихологического обследования.
8. Виды методик для определения акцентуации.
9. Методики для изучения нарушений воли.
10. Методики исследования нарушений личности.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания
(ОПК-8, ПК-4.1)

1. Основоположником патопсихологического исследования в России стал:
а) И.М. Сеченов
б) В.М. Бехтерев
в) А.Р. Лурия
г) Л.С. Выготский

2. Отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений мозга.
– это:
а) специальная психология
б) нейропсихология
в) патопсихология
г) клиническая психология

3. Нарушение личности, при котором больной, проводя пальцем по ходу реки на карте, делал это до тех пор, пока не появилась дырка – это:
а) нарушение смыслообразования
б) формирование патологических потребностей и мотивов
в) нарушение контроля над поведением
г) нарушение опосредованности и иерархии мотивов

4. Аномалия характера, обычно обусловленная врожденной неполноценностью нервной системы – это:
а) парамнезии
б) психопатии
в) амнезии
г) акцентуации

5. В средней части патопсихологического заключения:
а) отмечаются жалобы на состояние памяти, внимания, ослабление умственной работоспособности
б) дается резюме, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании
в) содержится описание основного нарушения, которое выявлено в ходе исследования
г) содержится краткое описание методик, используемых в исследовании

6. Психологическое исследование нарушений мышления, личности, умственной трудоспособности больного, выявление сохранных психических функций для построения плана коррекционно-восстановительной работы является компетенцией:
а) психолога-педагога
б) патопсихолога
в) врача-психиатра
г) педагога-воспитателя

7. Искажение восприятия окружающего мира, ощущение его отчуждения, неестественности, безжизненности, нереальности, – это:
а) иллюзия
б) дереализация
в) агнозия
г) деперсонализация

8. Выполнению заданий по каждой методике предшествует:
а) анкетирование
б) инструкция
в) тестирование
г) психолого-биографический анализ

9. Второй функциональный блок мозга носит название:
а) блок приема, переработки и хранения информации
б) блок регуляции тонуса коры и состояния бодрствования
в) блок программирования, регуляции и контроля

10. А.Е. Личко выделяет следующие виды акцентуаций характера:
а) открытая и развернутая
б) явная и скрытая
в) явная и трансформационная
г) открытая и скрытая

11. Патохарактерологический диагностический опросник – это:
а) ПДО
б) ДДЧ
в) ТАТ
г) MMPI

12. Третий функциональный блок мозга носит название:
а) блок приема, переработки и хранения информации
б) блок регуляции тонуса коры и состояния бодрствования
в) блок программирования, регуляции и контроля

13. Среди личностных опросников наиболее распространены:
а) типологические, черт личности, патохарактерологические
б) стандартизированные и экзистенциальные
в) эмоциональные, личностные, клиент-ориентированные
г) когнитивные, личностно-ориентированные, трансакционные

14. Метод сбора фактов о психических явлениях в процессе личностного общения – это:
а) наблюдение
б) беседа
в) анкетирование
г) тестирование

15. Чередование адекватных и неадекватных решений называют:
а) снижением обобщения
б) лабильностью мышления

в) инертностью мышления
г) патологией ассоциативного процесса

16. Психический процесс, заключающийся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении человеком своего опыта – это:
а) мышление
б) внимание
в) восприятие
г) память

17. Метод сбора фактов в специально созданных условиях, обеспечивающих активное проявление изучаемых психических явлений – это:
а) тест
б) эксперимент
в) беседа
г) наблюдение

18. В процессе знакомства с историей болезни у психолога иногда непроизвольно формируется по отношению к больному:
а) установка
б) контакт
в) мнение
г) предубеждение

19. Преднамеренное, систематическое и целенаправленное восприятие внешнего поведения человека с целью его последующего анализа и объяснения – это:
а) наблюдение
б) анкетирование
в) тестирование
г) контент-анализ

20. Стандартизированная психодиагностическая методика, предназначенная для точной количественной оценки или качественной характеристики изучаемого психологического явления, – это:
а) тест
б) анкета
в) эксперимент
г) интервью

21. Предназначены для измерения личностных особенностей, материалом являются вопросы, на которые обследуемый должен ответить, либо утверждения, с которыми обследуемый должен согласиться или не согласиться – это:
а) проективные методики
б) экспериментальные методики
в) личностные опросники
г) стандартизированные тесты

22. Установление клинического диагноза заболевания – это компетенция:
а) психиатра

б) патопсихолога
в) психолога-педагога
г) нарколога

23. Методы исследования, в основе которых лежит механизм, проявляющийся в том, что человек, имеющий какое-либо неосознаваемые особенности, бессознательно приписывает их другим людям, животным, предметам – это:
а) анкетирования
б) проективные
в) тестирования
г) опроса

24. В патопсихологическом заключении патопсихолог:
а) выделяет присущие обследуемому патопсихологические синдромы
б) формулирует клинический диагноз
в) констатирует психический статус больного
г) ставит диагноз психического заболевания

25. Убежденность больного в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменилось, но объяснить, что и как изменилось, он не может, – это:
а) деперсонализация
б) агнозия
в) дереализация
г) иллюзия

26. Намерения, планы, перспективы и программы, которые формируются в процессе сознательной деятельности человека – это:
а) первый источник активации
б) второй источник активации
в) третий источник активации

27. Эти методики имеют шкалу нормативных оценок и позволяют оценивать состояние определенных характеристик психической деятельности по сравнению с нормой:
а) нестандартизированные методики
б) стандартизированные методики
в) непроективные методики
г) проективные методики

28. В начале патопсихологического заключения:
а) отмечаются жалобы на состояние памяти, внимания, ослабление умственной работоспособности
б) отражаются наиболее важные данные, полученные при исследовании
в) содержится описание основного нарушения, которое выявлено в ходе исследования
г) отражается та информация, которая была получена в начале исследования

29. В конце патопсихологического заключения:
а) отмечаются жалобы на состояние памяти, внимания, ослабление умственной работоспособности
б) дается резюме, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании
в) содержится время и место исследования, биографические данные

г) содержится краткое описание методик, используемых в исследовании

30. К методам исследования памяти относится:
а) «Заучивание 10 слов»
б) «Корректурная проба»
в) «Исключение лишнего»
г) «Таблицы Шульте»

31. Нарушение личности, при котором характерно превращение социальной потребности в патологическое влечение – это:
а) нарушение смыслообразования
б) формирование патологических потребностей и мотивов
в) нарушение контроля над поведением
г) нарушение опосредованности и иерархии мотивов

32. К проективным методикам относят:
а) «Дом-дерево-человек», «Рисунок семьи», «Тест Роршаха»
б) «Личностный опросник Айзенка», ПДО
в) «16-факторный опросник Кеттелла», «Акцентуации характера Шмишека»
г) «Тест структуры интеллекта Амтхауэра», MMPI

33. О каком виде нарушения мышления идет речь, если больной объединяет «вилку, стол и лопату» по принципу твердости в одну группу?
а) искажение процесса обобщения
б) снижение уровня обобщения
в) лабильность мышления
г) разноплановость мышления

34. О каком виде нарушения мышления идет речь, если при выполнении задания «Назовите противоположное слово» больной к слову «обман» подбирает слово «вера», а к слову «голоса» - слово «ложь»?
а) инертность мышления
б) резонерство
в) лабильность мышления
г) разноплановость мышления

35. Протекание мышления в разных руслах – это:
а) резонерство
б) разноплановость
в) персеверация
г) бессвязность мышления

36. О каком виде нарушения мышления идет речь: «При выполнении младшим школьником заданий по методике «Четвертый лишний» из ряда «коза, курица, кошка и корова» выделяется «кошка», так как «она живет в квартире, и поэтому она домашняя, а все остальные живут в сарае (на улице); они уличные, а не домашние животные»:
а) искажение процесса обобщения
б) снижение уровня обобщения
в) лабильность мышления
г) разноплановость мышления

37. Нарушение памяти, связанной с текущими событиями, – это:
а) прогрессирующая амнезия
б) корсаковский синдром
в) нарушение динамики мнестической деятельности
г) тотальная амнезия

38. Стремление подвести любое, даже незначительное, явление под какую-то концепцию – это:
а) ускорение мышления
б) резонерство
в) разноплановость мышления
г) разорванность мышления

39. Первый функциональный блок мозга носит название:
а) блок приема, переработки и хранения информации
б) блок регуляции тонуса коры и состояния бодрствования
в) блок программирования, регуляции и контроля

40. Расстройство восприятия, когда пациент видит, слышит и ощущает то, чего на самом деле в данной ситуации не существует, – это:
а) иллюзии
б) галлюцинации
в) бред
г) дереализация

41. Ошибочное изменение восприятия реально существующих предметов и явлений – это:
а) галлюцинации
б) иллюзии
в) агнозии
г) дереализация

42. Состояние помрачения сознания, при котором нарушена ориентировка в окружающем, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний – это:
а) оглушение сознания
б) делирий
в) сумеречное состояние сознания
г) аменция

43. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляемое в избирательном отношении личности к психологическим воздействиям определенного рода при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим – это:
а) амнезии
б) акцентуации
в) психопатии
г) парамнезии

44. Моторный этап развития психики по Г.К. Ушакову длится:
а) с 1 года до 3 лет
б) до 1 года

в) с 3 до 12 лет
г) с 12 до 14 лет

45. Критерий нарушения сознания, проявляющийся в нечетком и фрагментарном восприятии реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы, – это:
а) отрешенность от внешнего мира
б) дезориентировка
в) нарушение мышления
г) нарушение памяти

46. Состояние сознания, характеризующееся глубокой дезориентацией во времени, месте, собственной личности, при котором больные не могут понять, что происходит вокруг, не узнают себя в зеркале – это состояние:
а) делириозное
б) аменции
в) сумеречное
г) онейроидное

47. К постоянным эмоциональным расстройствам не относится:
а) маниакально-подобные синдромы
б) неврозоподобный синдром (на первых этапах заболевания)
в) спонтанно возникающий аффект, не имеющий реального повода
г) депрессивные синдромы

48. Критерий нарушения сознания, имеющий следующие проявления: бессвязность, замедленность темпа ассоциативного процесса – это:
а) нарушение памяти
б) нарушение мышления
в) отрешенность от внешнего мира
г) дезориентировка

49. Характеризуется повышенной капризностью и мнительностью, утомляемостью и раздражительностью, особенно в моменты выполнения сложной работы – это тип:
а) шизоидный
б) астено-невротический
в) гипертимный
г) конформный

50. Теория динамической локализации высших психических функций в коре головного мозга сформулирована:
а) С.Л. Рубинштейн
б) А.Р. Лурия
в) А.Н. Леонтьевым
г) Б.В. Зейгарник

51. При поражении коры премоторных отделов мозга на фоне нарушения кинетической организации произвольного двигательного акта возникает:
а) кинетическая апраксия
б) кинестетическая апраксия

в) пространственная апраксия
г) регуляторная апраксия

52. Ретикулярная формация входит в состав:
а) первого блока мозга
б) второго блока мозга
в) третьего блока мозга

53. В лобных долях расположен преимущественно:
а) первый блок мозга
б) второй блок мозга
в) третий блок мозга

54. Этап развития психики по Г.К. Ушакову с 3 до 12 лет называется:
а) моторный
б) сенсомоторный
в) аффективный
г) идеаторный

55. Данная методика позволяет оценить особенности аналитико-синтетической деятельности и умения строить обобщения:
а) «Четвертый лишний»
б) «Последовательность событий»
в) «Противоположности»
г) «Кубики Кооса»

56. Лабильность аффекта, добродушие и детская увлеченность становятся менее выраженными в:
а) 10-11 лет
б) 6-7 лет
в) 5-6 лет
г) 11-12 лет

57. В пространственной организации движений участвуют:
а) третичные зоны второго блока мозга (зоны ТРО)
б) лобные отделы мозга
в) передние отделы мозолистого тела
г) премоторные зоны коры больших полушарий

58. Как называется этап развития психики, на котором у ребенка появляется возможность строить сложные умозаключения и упрочняется феномен «удвоенности реальности»?
а) идеаторный
б) аффективный
в) сенсомоторный
г) моторный

59. Нарушение при котором отмечается пониженная чувствительность к реальным раздражителям, повышение нижних абсолютных порогов ощущений, при котором больной почти не реагирует на укол, на ползающую по лицу муху – это:
а) гиперстезия

б) гипестезия
в) парастезия
г) сенестопатии

60. Неопределенные, часто мигрирующие, весьма неприятные и тягостные ощущения, которые проецируются внутрь тела: сжимание и растягивание, перекатывание и дрожание, не имеющие четкой локализации – это:
а) гиперстезия
б) гипестезия
в) парастезия
г) сенестопатии

61. При поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры правого полушария возникает:
а) лицевая агнозия
б) предметная агнозия
в) буквенная агнозия
г) цветовая агнозия

62. При каком виде агнозии больной не в состоянии поставить карандашом точку в центр круга, так как видит или круг, или карандаш:
а) оптико-пространственная агнозия
б) предметная агнозия
в) симультанная агнозия
г) цветовая агнозия

63. Принцип нейропсихологической диагностики, при котором исследование любой психической функции (фактора) проводится набором методик, результаты которых дополняют и уточняют друг друга – это:
а) принцип сопоставления данных
б) принцип «перекрестный контроль»
в) принцип провокации
г) принцип «процессуальность»

64. В процессе клинико-нозологической диагностики патопсихолог опирается главным образом на:
а) данные анамнеза
б) представления о нарушениях психических процессов, имеющих дифференциально-диагностическое значение
в) диагноз врача-психиатра

65. Классическая система критериев нарушения сознания была разработана:
а) К. Ясперсом
б) Э. Крепелином
в) С.С. Корсаковым
г) А.Р. Лурия

66. Галлюцинации относятся к числу:
а) операциональных нарушений восприятия
б) мотивационных нарушений мышления

в) нарушений зрительной памяти
г) расстройств ощущений

67. Состояние внимания целесообразно оценивать:
а) в начале обследования, пока больной не переутомился
б) в середине обследования, когда произошло «врабатывание»
в) в конце обследования, когда больной способен оценить результаты собственной работы в целом
г) время обследования значения не имеет

68. Решающий вклад в разработку теории системной динамической локализации ВПФ А. Р. Лурия внесли концепции
а) А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна
б) Л. С. Выготского, П. К. Анохина, Н. А. Бернштейна
в) П. Я. Гальперина, Д. Б. Эльконина
г) В.М. Бехтерева

69. К «луриевским пробам» не относится:
а) аплодирование
б) проба «Часы»
в) переплетение пальцев рук
г) кулак-на-кулак

70. Исключите лишний блок в структурно-функциональной модели головного мозга по А.Р. Лурии:
а) психометрический
б) энергетический
в) приема, хранения и переработки информации
г) программирования, контроля и произвольной регуляции деятельности

71. Пробы на локализацию прикосновения, кожно-кинестетическое чувство, проба на дискриминацию исследуют:
а) соматосенсорный гнозис
б) слуховой гнозис
в) зрительный гнозис
г) пространственный гнозис

72. Кто открыл «сенсорный центр речи» в левой височной области мозга?
а) К. Вернике
б) П. Брока
в) А.Р. Лурия
г) Джексон

73. Самая большая доля коры больших полушарий – это:
а) височная
б) теменная
в) лобная
г) затылочная

74. Термин, введенный И.П. Павловым, для обозначения нервных аппаратов головного мозга, обеспечивающих восприятие, анализ и синтез раздражителей разных модальностей
а) интеллект
б) гнозис
в) анализатор
г) праксис

75. Симптомокомплекс, состоящий из внешне разнородных симптомов, но связанных между собой на основе общего нейропсихологического фактора, это:
а) патопсихологический синдром
б) нейропсихологический синдром
в) вегетативный синдром
г) все ответы неверны

76. К какому типу нейропсихологических факторов относятся факторы, связанные с работой определенных анализаторных систем?
а) модально-специфические
б) полушарные факторы
в) модально-неспецифические
г) факторы межполушарного взаимодействия

77. Нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры (и «ближайшей подкорки») левого полушария (у правшей) и представляющее собой системное расстройство различных форм речевой деятельности – это:
а) афазия
б) алалия
в) аномия
г) дизартрия

78. Принцип системной организации ВПФ был впервые сформулирован в
а) 1930г.
б) 1918г.
в) 1939г.
г) 1962г.

79. При поражении нижней части вторичных зон затылочной коры возникает:
а) лицевая агнозия
б) предметная агнозия
в) буквенная агнозия
г) цветовая агнозия

80. Методика «Счет по Крепелину» используется для исследования:
а) памяти
б) внимания
в) эмоций
г) мышления

81. Совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности, описанную в психологических понятиях, называют
а) психопатологическим симптомом

б) психопатологическим синдромом
в) патопсихологическим синдромом
г) патопсихологическим феноменом

82. Эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний входят в структуру
а) шизофренического симптомокомплекса
б) невротического симптомокомплекса
в) психопатического симптомокомплекса
г) органического симптомокомплекса

83. Опора в мышлении на латентные признаки, выявленная при проведении методики «Пиктограммы», указывает на наличие:
а) шизофренического симптомокомплекса
б) невротического симптомокомплекса
в) психопатического симптомокомплекса
г) органического симптомокомплекса

84. Тест Люшера используется для оценки
а) степени мнестических нарушений
б) выраженности интеллектуального развития
в) мыслительных особенностей
г) эмоциональных переживаний

85. Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий называется
а) нейропсихологическим
б) патопсихологическим
в) психопатологическим
г) психиатрическим

86. К методам исследования внимания относят все перечисленные методики, за исключением одной
а) пиктограммы
б) тест Шульте
в) корректурная проба
г) «счет по Крепелину»

87. Форма афазии, в основе которой лежит нарушение фонематического слуха, т.е. способности различать звуковой состав слова – это:
а) акустико-мнестическая афазия
б) сенсорная афазия
в) семантическая афазия
г) оптико-мнестическая афазия

88. Укажите методику произвольного запоминания:
а) «Заучивание 10 слов»
б) «Счет по Крепелину»

в) «Решение задач»
г) «Корректурная проба»

89. При данном амнезии нарушение памяти выражено слабо и страдает главным образом память как мнестическая деятельность:
а) псевдоамнезия
б) гипомнезия
в) парамнезия
г) гипермнезия

90. Определите тип нарушения внимания: «При одновременном предъявлении раздражителей и справа, и слева больной отчетливо отдает предпочтение одной стороне (преимущественно правой)»:
а) модально-неспецифическое
б) зрительное
в) модально-специфическое
г) двигательное

91. При поражении каких отделов мозга страдает синтез отдельных элементов в группы и возникает целая совокупность дефектов, связанных с нарушением пространственного анализа и синтеза, и обнаруживаются трудности в решении в интеллектуальных операциях, для решения которых необходимо выделение наглядных признаков и их пространственных отношений:
а) теменно-затылочных
б) левой височной области
в) лобных префронтальных
г) премоторных отделов левого полушария

92. При поражении правой височной области происходит:
а) нарушения интонационной стороны речи
б) нарушение слухо-речевой памяти
в) нарушение понимания предметных звуков
г) нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию

93. Для оценки зрительной асимметрии не используется:
а) проба «Прищурься одним глазом»
б) проба «Поза Наполеона»
в) проба «Вертикаль»
г) проба «Прицеливание»

94. Проба «Зеркальные буквы» используется для проверки:
а) пространственного гнозиса
б) лицевого гнозиса
в) цветового гнозиса
г) объема зрительного восприятия

95. К методикам исследования слухового гнозиса относится:
а) «Разрезные картинки»
б) Выполнение ритма по образцу
в) Перенос позы

г) проба Наполеона

96. Исследование письменной речи не проводится с помощью пробы:
а) «Повторная речь»
б) «Письмо букв»
в) «Автоматизированное письмо»

97. Проба «кулак – ребро – ладонь» направлена на исследование:
а) «динамический праксис»
б) «кинестетический праксис»
в) «пространственный праксис»
г) «регуляторный праксис»

98. Отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме - это:
а) нейропсихология
б) патопсихология
в) психопатология
г) специальная психология

99. Методики объективной регистрации эмоциональных компонентов психической деятельности человека были разработаны в:
а) Ленинградском институте мозга им. В.М. Бехтерева
б) научно-исследовательском институте экспертизы трудоспособности
в) психиатрической клинике в Сальпетриере
г) Федеральном медико-биологическом агенстве

100. Обладает склонностью впадать в истерику, отличается эгоизмом, стремлением привлекать к себе внимание, тяжело выносит, когда внимание уделяют кому-то другому, а не ему – это тип:
а) неустойчивый
б) гипертимный
в) истероидный
г) циклотимный

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

КАРТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ № _____

Дата: _____№ карты по МСЭ _____

Ф.И.О. больного: _____

Возраст _____ Образование _____

Профессия _____

Диагноз _____

_____

Психологический анамнез* _____

_____

_____

Данные психодиагностического обследования

№ п/п, исследуемый процесс	Наименование методики	Результаты	Интерпретация
1. Исследование памяти	1. … 2. … ….		
2. Исследование внимания	1. … 2. … ….		
3. Исследование мышления	1. … 2. … ….		
4. Оценка высших корковых функций	1. Речевая деятельность: … 2. Письменная речь: … 3. Процесс чтения: … 4. Процесс счета: … 5. Целенаправленные действия: … …		
5. Эмоциональное состояние	1. … ….		
6. Оценка личности	Самооценка: … Уровень притязаний: … …		
7. Профориентационные методики	1. Методика ПЖС: профессиональная внутриличностная межличностная 2. …		
…	…		

Основные составляющие оценки психологического статуса

Уровень психических нарушений	Виды жизнедеятельности			
	контроль за своим поведением	общение	самообслуживание	трудовая деятельность
Операциональный				
Эмоционально-волевой				
Личностный				

Психологический диагноз**: _____

_____

Реабилитационные рекомендации***: _____

_____

Освидетельствование провел психолог

_____

(Ф.И.О. полностью и подпись)

*Образец написания психологического анамнеза:
Пациентка М., 44 года. Не работает после травмы (апрель 1999 г.). Имеет дочь 20 лет (студентка). Проживают вдвоем в двухкомнатной квартире. Группу инвалидности не имеет. Ранее работала уборщицей, няней в детском саду, санитаркой. С работой справлялась до получения травмы (ударилась об угол стола). Дальнейших перспектив в работе не имеет. Связи с трудовым коллективом не поддерживает. Общение ограничено. Предпочитает общаться только с дочерью.

**Образец написания психологического диагноза:
Исследование обнаружило общее незначительное выраженное снижение умственной работоспособности: внимания (сужение объема, переключаемость), памяти, истощаемости психических процессов. В эмоциональной сфере выражены нарушения невротического плана в форме повышенной тревожности, эмоциональной неустойчивости. В личностном плане имеются выраженные нарушения: завышенная самооценка, неадекватный уровень притязаний по значимым сферам деятельности. По данным психологического исследования, возможности больной оцениваются как близкие к норме, без видимых ограничений во всех видах жизнедеятельности.

***Образец написания реабилитационной рекомендации.
Может работать и обучаться. Реабилитационный прогноз – положительный.

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
«05» _марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Основы клинической психологии и психодиагностики»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**

направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

1008

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Основы клинической психологии и психодиагностики» рассмотрена и обсуждена 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 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 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия
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.

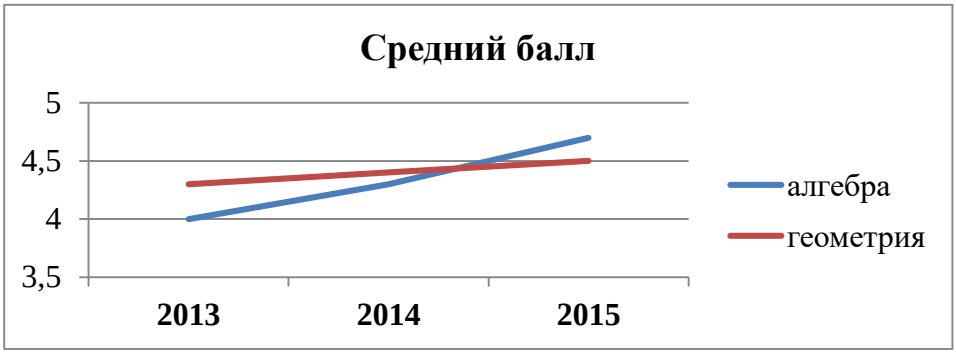


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

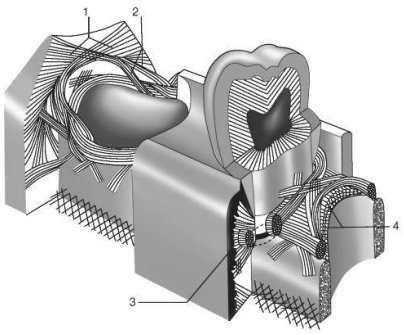


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **СЕКСОЛОГИЯ**
(наименование дисциплины)

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

Специальность **31.08.22 Психотерапия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психотерапия**
(название направленности)

Факультет **Лечебный факультет**
(наименование факультета)

Кафедра **Кафедра психиатрии и психотерапии с клиникой**
(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Занятия лекционного типа	**4 час.**
Занятия семинарского типа	**44 час.**
Всего аудиторной работы	**48 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**24 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час. /зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Сексология» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 № 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хабаров Иван Юрьевич	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Серазетдинова Валерия Сергеевна	-	Ассистент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

Рабочая программа дисциплины «Сексология» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 02/2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации. Дисциплина «Сексология» необходима для формирования профессиональных компетенций в решении различных клинических задач (экспертно-диагностических, коррекционных, профилактических) у молодых специалистов с опорой на знания о феноменах аномалий сексуальности; выявлению патологических форм сексуального поведения; обучению владения диагностики и проведения основных коррекционно-профилактических приемов в сексуальной сфере при основных проявлениях сексуальных аномалий в лечебно-диагностической работе.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: подготовка квалифицированного специалиста, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в качестве врача-психиатра амбулаторного и стационарного звена практического здравоохранения или руководителя структурного подразделения по психиатрии, обладающего системой теоретических фундаментальных знаний и практических профессиональных компетенций, владеющего знаниями и умениями по оказанию диагностической, лечебной, профилактической и реабилитационной помощи взрослому и детскому населению, многосторонне эрудированного, обладающего широким врачебным кругозором, конкурентоспособного, неукоснительно соблюдающего каноны врачебной этики и деонтологии.

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-психотерапевта, способного успешно решать профессиональные задачи.
2. Закрепить и расширить знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлений психических расстройств, изучить особенности течения заболеваний на современном этапе.
3. Формировать, развивать и совершенствовать клиническое мышление, для проведения дифференциально-диагностического поиска и принятия решений как в стандартных, так нестандартных ситуациях повышенной сложности.
4. Сформировать необходимые знания и умения по оказанию психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами.
5. Сформировать практические навыки по оказанию психотерапевтической помощи, необходимые для врача-психотерапевта.
6. Научить обоснованному назначению психотерапевтического лечения в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.
7. Сформировать предпосылки и мотивации для освоения новейших технологий и методик в сфере психотерапии.
8. Обучить методике формирования у пациентов позитивного и приверженного к лечению поведения, направленного на повышение уровня собственного здоровья.
9. Сформировать устойчивый навык осуществления медицинской деятельности с учетом принятых в обществе моральных и этических норм и соблюдением принципов деонтологии.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Сексология» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» (Элективные дисциплины.

Профессиональный модуль) учебного плана по специальности по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами (фундаментальными — анатомия, гистология, физиология, патологическая анатомия, патологическая физиология, микробиология, фармакология, клиническими — психиатрия, терапия, педиатрия) по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия».

Дисциплина может быть полезна при изучении последующих практик учебного плана:

- «Клиническая практика»
- «Научно-исследовательская работа»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Код индикаторов достижения компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Коммуникация			
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	**УК-4.1.** Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	**Знает:** - основы социальной психологии современные средства информационно- коммуникационных технологий **Умеет:** - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

***Оценочные средства:** КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПЗ – практические задания*

Общепрофессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность			
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	**ОПК-4.1.** Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах; – особенности сбора анамнеза у пациентов психиатрического профиля. **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с психическими расстройствами; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** – основные методы обследования больных психиатрического профиля; – основные психопатологические синдромы;	Для текущего контроля – КВ, ТЗ

		– возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате диагностических процедур у лиц с психическими расстройствами. **Умеет:** – исследовать и интерпретировать психический статус пациента, выделять психопатологические синдромы; – ставить синдромальный диагноз наиболее распространенных психических расстройств; – интерпретировать и анализировать результаты дополнительных методов обследования пациентов при наиболее распространенных психических расстройствах.	Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения)	**Знает**: – этиологию, патогенез, диагностику и клинические проявления наиболее распространенных психических расстройств – МКБ; – порядок направления больного на консультацию врача-психиатра. **Умеет:** – использовать алгоритм постановки предварительного диагноза с учетом МКБ; – направить больного на консультацию врача-психиатра и интерпретировать полученные диагностические сведения.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**ОПК-5.2.** Назначает медикаментозное и немедикаментозное лечение при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	**Знает:** – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; – порядок назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах. **Умеет:** – назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с психическими расстройствами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по результатам консультации пациентов у врача-психиатра.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

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

Профессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность			
ПК-4 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	**ПК-4.1**. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах; – особенности сбора анамнеза у пациентов психиатрического профиля. **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с психическими расстройствами; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
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-5.1.** Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	**Знает:** – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; – порядок назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах. **Умеет:** – назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с психическими расстройствами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по результатам консультации пациентов у врача-психиатра	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ, АУ

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

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)	48	48
Из них:		
Занятия лекционного типа	4	4
Занятия семинарского типа	44	44
Из них: Практические занятия	*32*	*32*
Семинары	*12*	*12*
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	24	24
Промежуточная аттестация – **зачет/зачет с оценкой/экзамен**		
Общая трудоемкость дисциплины **часы**	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку	40	40

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
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Раздел 1. Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.	2	8	6	16	10
Раздел 2. Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	-	12	6	18	10
Раздел 3. Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.	2	16	6	24	10
Раздел 4. Сексуальные расстройства при соматической патологии. Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.	-	8	6	14	10
Всего за ПА	**4**	**44**	**24**	**72**	40

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 75 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 30% 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
Раздел 1. Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.					
	Тема 1. Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.	2	Физиология половой сферы. Сексологическая Диагностика. Аномальное сексуальное поведении. Искажение базовой половой идентичности. Объективное сексологическое обследование. Патопсихологическое исследование сексологических больных.	ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Раздел 3. Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.					
	Тема 3.1 Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.	2	Аномальное сексуальное поведение. Искажение базовой половой идентичности. Аноргазмия и ангедония. Общие принципы коррекции. Коррекция аноргазмии и половой холодности. Лечение гиперсексуальности, вагинизма и гениталий.	ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Всего		4			

4.4 Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП **(% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Раздел 1. Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.							
Тема 1.	*практическое занятие*	Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.	4	75%	ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия «Физиология половой сферы. Сексологическая диагностика» с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов, подготовки к занятиям, курация больных и написание дневников курации, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
	практическое занятие		4	75%		ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 2. Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.							
Тема 2.	*практическое занятие*	Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	4	75%	ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия «Аномальное сексуальное поведении. Искажение базовой половой идентичности.» с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов, подготовки к занятиям, курация больных и написание дневников курации, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
	практическое занятие		4	75%		ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 3. Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.							

Тема 3.1	*практическое занятие*	Семейно-сексуальные дисгармонии.	4	75%	Объективное сексологическое обследование. Патопсихологическое исследование сексологических больных. Аномальное сексуальное поведение. Искажение базовой половой идентичности. Аноргазмия и ангедония. Общие принципы коррекции. Коррекция аноргазмии и половой холодности. Лечение гиперсексуальности, вагинизма и гениталий.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Тема 3.2	*практическое занятие*	Расстройства сексуального предпочтения.	4	75%		ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 4. Сексуальные расстройства при соматической патологии. Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях							
Тема 4.1	*практическое занятие*	Сексуальные расстройства при соматической патологии.	4	75%	Функциональные сексуальные расстройства и коморбидность в сексологии.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Тема 4.2	*практическое занятие*	Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.	4	75%	Особенности сексуальных расстройств при депрессии. Клиника, патогенез, варианты психо- и фармакотерапии.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
		ИТОГО в час.	**32**	24			

* ***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, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, АУ – алгоритмы умений*

4.5 Тематический план занятий семинарского типа – семинарские 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 ***
Раздел 2. Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.							
Тема 1.	Клиническое занятие	Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	4	75%	Предмет и задачи медицинской сексологии. Мультидисциплинарный подход к лечению и диагностике сексуальных расстройств.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 3. Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.							
Тема 2.1	Клиническое занятие	Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения	4	75%	Расстройства половой сферы при органической патологии головного мозга. Патогенез, диагностика, лечение.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Тема 2.2	Клиническое занятие	Сексуальные расстройства при соматической патологии.	4	75%	Особенности сексуальных расстройств при депрессии. Клиника, патогенез, варианты психо- и	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ

		Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.			фармакотерапии. Роль антидепрессантов в развитии сексуальных дисфункций.		
			ИТОГО в час.	**12**	9		

* ***Формы проведения занятий семинарского типа:*** *клиническое занятие*

4.3 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.	Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.	10	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе).	ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ
2.	Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	5	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе).	ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ
3.	Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.	5	Работа с учебной и научной литературой. Подготовка к семинарам	ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ
4.	Сексуальные расстройства при соматической патологии. Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.	4	Работа с учебной и научной литературой. Подготовка к семинарам	ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ
	ВСЕГО:	**24**	На практическую подготовку - 7 час.		

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

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

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

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	Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.	10	14
	Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	10	7
	Семейно-сексуальные дисгармонии. Расстройства сексуального предпочтения.	10	10
	Сексуальные расстройства при соматической патологии. Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.	10	6
ИТОГО		**40**	**37**

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

Распределение количества оценочных средств по разделам на промежуточных аттестациях

Промежуточная аттестация	Общее количество оценочных средств			
	СЗ	ТЗ	КВ	АУ
ВСЕГО	6	20	37	4

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

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
ПК-4 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	КВ, ТЗ, СЗ
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, АУ

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

5.3 Организация промежуточной аттестации

Формы промежуточных аттестаций по дисциплине – зачет

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

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения учебной

дисциплины, промежуточная аттестация обучающихся – оценивание окончательных результатов обучения по учебной дисциплине.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1 этап - тестовые задания
2 этап - ответы на контрольные вопросы,
3 этап - решение ситуационных задач.
4 этап – демонстрация алгоритмов умений

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания			
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы	Решение ситуационных задач	Алгоритмы умений
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.	Обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.	Допустил грубое нарушение последовательности и техники манипуляции.
Зачтено	Более 71%	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 задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил.	Продемонстрировал точное выполнение алгоритма умения, либо допустил незначительные неточности.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции или индикатора
Компетенция (часть) не сформирована	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. 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.
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.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:
Примеры контрольных вопросов:
(проверяемые индикаторы компетенции – ПК-4, ПК-5)

Раздел 1.

1. Основные этапы развития сексологии.
2. Предмет и задачи медицинской сексологии. Мультидисциплинарный подход к лечению и диагностике сексуальных расстройств.

Раздел 2.

1. Расстройства половой сферы при органической патологии головного мозга. Патогенез, диагностика, лечение.

2. Нейроэндокринологические основы сексуальных нарушений.

Раздел 3.

Семейно-сексуальные дисгармонии. Основные виды дисгармоний. Особенности психотерапевтической помощи. Роль секстерапии.

Раздел 4.

1. Сексуальные расстройства при соматической патологии.
2. Особенности сексуальных расстройств при депрессии. Клиника, патогенез, варианты психо- и фармакотерапии. Роль антидепрессантов в развитии сексуальных дисфункций.

Примеры тестовых заданий:
(проверяемые индикаторы компетенции – ПК-4, ПК-5)

1. К инструментам сексологического обследования относятся:
1) **сексуальная формула мужская/женская**
2) визуальный осмотр гениталий мужских и женских
3) ультразвуковое исследование области гениталий
4) неврологический осмотр пациентов

2. Формирование полового самосознания (первый этап психосексуального развития) происходит в возрасте (в годах):
1) **1-5**
2) 5-12
3) 12-26
4) до 30

Примеры ситуационных задач:
(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

Задача № 1

Мужчина, 35 лет. Обратился за медицинской помощью в связи с появлением искривления полового члена в состоянии эрекции. Из анамнеза известно, что симптоматика присутствует на протяжении последнего года, когда пациент стал замечать болевые ощущения в половом члене, затем появилось его искривление в эрегированном состоянии. В начале заболевания искривление было не выражено, однако со временем оно стало увеличиваться и во время проведения полового акта усилились болевые ощущения, которые периодически сопровождались нарушениями эрекции. Также известно, что пациент курит. В ходе диалога выражает беспокойство по поводу возникшего косметического дефекта. Удручен тем, что с течением времени искривление стало увеличиваться в виду чего стал стесняться женщин во время половой близости, опасался быть высмеянным.
Определите, какая психотерапевтическая коррекция необходима.
Ответ: Болезнь Пейрони характеризуется образованием фиброзных бляшек в белочной оболочке полового члена.

Примеры алгоритмов умений:
(проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-5, ПК-5)

1. Провести стандартное клинико-психопатологическое обследование больного.
2. Описать психический статус пациента.

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 (https://minzdrav.gov.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:

Список основной литературы

1. Доморацкий, В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / Доморацкий В. А. - Москва: Академический Проект, 2020. - 470 с. (Психотерапевтические технологии). - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785829127138.html
2. Ворник, Б. М. Женская сексология и сексопатология / Б. М. Ворник, С. Ю. Калинченко, М. И. Коган [и др.]. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458655.html
3. Петрова, Р. Г. Гендерология и феминология: учебник для вузов / Р. Г. Петрова. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 207 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/519309
4. Девятых, С. Ю. Половая социализация молодежи в условиях социокультурной трансформации семьи: монография / С. Ю. Девятых. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 187 с. — (Актуальные монографии). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/517053
5. Гендерная психология и педагогика: учебник и практикум для вузов / О. И. Ключко [и др.]; под общей редакцией О. И. Ключко. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 404 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/512493

Список дополнительной литературы

1. Кришталь, В. В. Сексология.: учебное пособие / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. - Москва: ПЕР СЭ, 2016. - 879 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5929200742.html
2. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста") - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html
4. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513590
5. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520277

7 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Учебно-методические материалы для обучающихся:
https://moodle.almazovcentre.ru/

7.2Учебно-методические материалы для преподавателей:
https://moodle.almazovcentre.ru/

8 МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Сексология» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия 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 «Сексология» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение дисциплины «Сексология» 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 «Сексология» 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
«СЕКСОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач-психотерапевт**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

1054

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

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Основы диагностики и лечения сексуальных расстройств.	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2,	КВ, ТЗ
Раздел 2. Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2	КВ, ТЗ
Раздел 3. Расстройства сексуальной сферы при органической патологии головного мозга.	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 4. Сексуальные расстройства при соматической патологии. Сексуальные расстройства при эндогенных психических заболеваниях.	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2	КВ, ТЗ, СЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, АУ-алгоритмы умений*

1. **В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:**
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ПК-4. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи
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

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

Универсальные компетенции

Код индикаторов достижения компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Коммуникация		
УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	**Знает:** - основы социальной психологии современные средства информационно-коммуникационных технологий **Умеет:** - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность		
ОПК-4.1. Осуществляет	**Знает:**	Для текущего

сбор информации о состоянии здоровья пациента	– основные жалобы при психических расстройствах; – особенности сбора анамнеза у пациентов психиатрического профиля. **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с психическими расстройствами; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами.	контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** – основные методы обследования больных психиатрического профиля; – основные психопатологические синдромы; – возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате диагностических процедур у лиц с психическими расстройствами. **Умеет:** – исследовать и интерпретировать психический статус пациента, выделять психопатологические синдромы; – ставить синдромальный диагноз наиболее распространенных психических расстройств; – интерпретировать и анализировать результаты дополнительных методов обследования пациентов при наиболее распространенных психических расстройствах.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения)	**Знает**: – этиологию, патогенез, диагностику и клинические проявления наиболее распространенных психических расстройств – МКБ; – порядок направления больного на консультацию врача-психиатра. **Умеет:** – использовать алгоритм постановки предварительного диагноза с учетом МКБ; – направить больного на консультацию врача-психиатра и интерпретировать полученные диагностические сведения.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
ОПК-5.2. Назначает медикаментозное и немедикаментозное лечение при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	**Знает:** – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; – порядок назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах. **Умеет:** – назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с психическими расстройствами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по результатам консультации пациентов у врача-психиатра.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

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

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность		
ПК-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах; – особенности сбора анамнеза у пациентов психиатрического профиля. **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с психическими расстройствами; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами.	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	**Знает:** – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; – порядок назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при наиболее распространенных психических расстройствах. **Умеет:** – назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с психическими расстройствами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по результатам консультации пациентов у врача-психиатра	Для текущего контроля – КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ, АУ

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

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
АУ –алгоритмы умений

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:
«Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя
«Незачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания			
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы	Решение ситуационных задач	Алгоритмы умений
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.	Обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.	Допустил грубое нарушение последовательности и техники манипуляции.
Зачтено	Более 71%	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 задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил.	Продемонстрировал точное выполнение алгоритма умения, либо допустил незначительные неточности.

Шкала критериев оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции или индикатора
Компетенция (часть) не сформирована	«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.
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.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Код контролируемой компетенции
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1,ПК-4.2
2 этап	собеседование	КВ	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1,ПК-4.2
3этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1,ПК-4.2
4этап	демонстрация алгоритма умений	АУ	ПК-5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания

Раздел 1.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые индикаторы компетенции –УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2,)

1. Предмет и задачи медицинской сексологии. Мультидисциплинарный подход к лечению и диагностике сексуальных расстройств.
2. Основные этапы развития сексологии.
3. Понятие сексуального здоровья. Особенности расстройств в сексуальной сфере у мужчин и женщин.
4. Физиология мужской сексуальности. Мужской копулятивный цикл. Понятие о врожденных запускающих механизмах. Привыкание и эффект Кулиджа.
5. Физиология женской сексуальности. Женский копулятивный цикл.
6. Этапы психосексуального развития.
7. Разделы МКБ-10, посвященные расстройством половой сферы при психических и поведенческих расстройствах. Их содержание. Краткая характеристика диагностических критериев.
8. Современные методы диагностики сексуальных дисфункций. Особенности диагностики сексуальных расстройств у психиатрических больных.
9. Показания и «абсолютные» противопоказания для проведения психотерапии сексуальных дисфункций.
10. Гипносуггестивная терапия, ее разновидности. Основные показания к применению у пациентов с половыми дисфункциями, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием.
11. Кризисная психотерапия и психоконсультирование. Особенности психотерапии больных с суицидальными установками после фактов гомо- и гетеросексуального насилия.
12. Аутогенная тренировка (техника, показания к применению). Использование аутогенной тренировки для коррекции расстройств сексуальной сферы.
13. Критерии неэффективности психотерапии сексуальных дисфункций. Причины неблагоприятных результатов психотерапевтического лечения.
14. Секстерапия. Показания к ее применению.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2)

1. **К инструментам сексологического обследования относятся:**
   1) сексуальная формула мужская/женская
   2) визуальный осмотр гениталий мужских и женских
   3) ультразвуковое исследование области гениталий
   4) неврологический осмотр пациентов
2. **К одной из основных особенностей донаучного периода в развитии сексологии относится:**
   1) регламентация сексуальной активности человека с опорой на религиозные и моральные установки
   2) отношение к сексуальности базирующееся на нарушениях работы эндокринных желез

3) переоценка изменений задней уретры как причины сексуальных расстройств
4) основной причиной сексуальных расстройств считалось нарушение работы половых желез

3. **Низкое половое влечение у мужчины представляет собой:**
1) исходное состояние сексуального темперамента мужчины
2) один из вариантов подавленного влечения
3) фазовое изменение сексуального влечения при циклотимии
4) последствие мастурбации

4. **При жалобах на ослабление эрекции во время коитуса проводят:**
1) психолого-психопатологическое исследование
2) пальпацию простаты, анализ половых гормонов
3) ЭЭГ, определение трохантерного индекса
4) определение ахилловых рефлексов

5. **Длительные колебания между фазами плато и оргазма характерны для:**
1) волнообразного оргазма у женщины
2) женщин, способны к переживанию множественных оргазмов
3) стертого (редуцированного) оргазма у женщин
4) оргазмической ангедонии у женщин

6. **К функционально-психогенным причинам преждевременной эякуляции не относятся:**
1) снижение порога эякуляторного рефлекса
2) повышенная возбудимость вследствие абстиненций, нерегулярной половой жизни, редких половых актов
3) тревога и страх во время близости, озабоченность неудовлетворенностью партнерши
4) установка на быстрое снятие сексуального возбуждения, привычка к быстрому достижению эякуляции

7. **Вторая триада сексуальной формулы мужчины отражает:**
1) объективные данные полового акта
2) отношение мужчины к половому акту
3) эмоциональное содержание копулятивного цикла
4) прогностическую оценку половой жизни мужчины

8. **Формирование полового самосознания (первый этап психосексуального развития) происходит в возрасте (в годах):**
1) 1-5
2) 5-12
3) 12-26
4) до 30

9. **Реализация аномального сексуального влечения по типу «парафильной воронки» характерна для следующего характера влечения:**
1) импульсивного
2) компульсивного
3) обсессивного
4) императивного

10. Вариантом простой асинхронии психосексуального развития является:
1) социогенная задержка при своевременном половом развитии
2) преждевременное половое развитие с задержкой психосексуального развития
3) психогенное преждевременное психосексуальное развитие на фоне ретардации пубертата
4) социогенная задержка психосексуального развития с умеренно выраженной ретардацией пубертата

Раздел 2.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. Расстройства половой сферы при органической патологии головного мозга. Патогенез, диагностика, лечение.
2. Синдромы резидуально-органического поражения головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
3. Психические и поведенческие расстройства, связанные с инволюцией половой сферы. Синдром частичного андрогенного дефицита.
4. Психопатология женского климактерического периода. Клиника, патогенез, способы коррекции.
5. Нейроэндокринологические основы сексуальных нарушений.
6. Синдром гипоталамической гиперсексуальности
7. Синдром гипермускулярной липодистрофии

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1.Больной в остром реактивном неврологическом состоянии с копулятивной дисфункцией обратился к врачу за помощью. Что необходимо назначать на первом лечения?
1) адаптогены
2) половые гормоны
3) седативные средства
4) тонизирующие средства

2. Какие нарушения половых функций наиболее характерны для патологии гипоталамической области?
1) ослабление оргазма
2) возникновение головной боли во время или сразу после оргазма
3) ослабление спонтанных и аде Контрольные вопросы атных эрекций
4) постэякуляторная астения (дистимия)

3. Для врожденной дисфункции коры надпочечников (врожденного адреногенитального синдрома) характерно:
1) высокая секреция андрогенов
2) недостаточная секреция глюкокортикоидов
3) преждевременное соматическое развитие
4) врожденная вирилизация наружных гениталий у девочек

4. Воздействие на какую область проводят при терапии синдрома парацентральных долек:
1) ромб Михаэлиса
2) парапозвоночная зона L2-L4

3) крестцово-копчиковое сочленение
4) основание крестца

5. Гирсутизм может возникать при:
1) андростероме — опухоли надпочечников
2) болезни Иценко-Кушинга
3) синдроме Шерешевского-Тернера
4) синдроме Кушинга (кортикостероме, глюкостероме)

6. Снижение половых функций характерно:
1) для хронической недостаточности коры надпочечников (болезнь Аддисона)
2) для болезни Иценко – Кушинга
3) для синдрома Кушинга (кортикостерома)
4) для кортикоэстеромы (феминизирующаяся опухоль)

7. Гинекомастия может наблюдаться:
1) при кортикоэстероме
2) при раке легкого
3) при тиреотоксикозе
4) при синдроме Клайнфельтера

8. Сексуальные нарушения, не наблюдающиеся при эпилепсии:
1) ускоренное семяизвержение
2) задержанное семяизвержение
3) перверзии и парафилии
4) утрата оргастических ощущений

9.Признак преждевременной эякуляции в рамках синдрома парацентральных долек:
1) значительное удлинение продолжительности полового акта при повторных актах
2) избирательность и рецидивирующий характер течения
3) повторные акты также сопровождаются ускоренным семяизвержением
4) установление нормальной продолжительности полового акта при регулярной половой жизни

10. Ускоренное семяизвержение при синдроме парацентральных долек обусловлено:
1) неправильным поведением партнерши
2) сильным половым возбуждением
3) снижением порога возбудимости
4) эмоциональными переживаниями

Раздел 3.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. Семейно-сексуальные дисгармонии. Основные виды дисгармоний. Особенности психотерапевтической помощи. Роль секстерапии.
2. Факторы, способствующие успешному функционированию семьи. Типы гендерных союзов.
3. Роль социо-культуральных и биологических факторов в развитии семейно-сексуальных дисгармоний.
4. Расстройства половой идентификации. Транссексуализм. Клиника, патогенез, способы терапии.

5. Сексуальные неврозы. Клиника, патогенез, особенности гипносуггестивной психотерапии.
6. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией. Краткая характеристика диагностических критериев.
7. Учение о психопатиях. Современная классификация психопатий. Сексуальные расстройства при психопатиях.
8. Расстройства сексуального предпочтения (сексуальные перверзии), механизмы их возникновения, классификация. Возможности методов суггестивной психотерапии в лечении перверзий.
9. Неврозы. Этиология, патогенез, принципы лечения. Сексуальные расстройства при неврозах.
10. Психогенные сексуальные дисфункции. Патогенез. Формы расстройств.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. При лечении парафильных расстройств антиандрогенами побочный эффект в виде гинекомастии в среднем возникает через:
1) полгода
2) год
3) 1-2 месяца
4) 3-4 месяца

2. Неадекватная обольстительность во внешнем виде и чрезмерная озабоченность физической привлекательностью наиболее характерны при следующем расстройстве личности:
1) истерическом
2) тревожном
3) шизоидном
4) ананкастном

3. Под термином algopareunia подразумевается:
1) функциональный болевой синдром при нормальном гинекологическом статусе
2) хронический болевой синдром при заболеваниях органов малого таза
3) острый болевой синдром при заболеваниях органов малого таза
4) спазм мышц преддверия влагалища при нормальном гинекологическом статусе

4. При обследовании супружеской пары желательно:
1) провести полное сексологическое обследование женщины
2) сопоставить синдромологические сочетания, отраженные в структурных решетках, и оценить прогноз каждого партнера
3) выявить совпадающие, дополняющие и диссонирующие компоненты структур личности обоих партнеров
4) провести полное сексологическое обследование мужчины

5. Пациентка обратилась с неврастеническим симптомами и явлениями вагинизма. Осмотрена гинекологом отмечается воспаление влагалища с гнилостным запахом (запах несвежей рыбы). О какой из урогенитальных инфекций можно думать?
1) микоплазмоз
2) гарднереллез
3) хламидиоз
4) уреаплазмоз

6. При проведении терапии необходимо определить сексуально-поведенческий компонент сексуальной гармонии, что включает:
1) способность обеспечить продуктивный диалог и резонансное общение
2) преобладание потребности в сексуальных отношениях над потребностью психологического общения
3) соответствие реальной программы интимной близости каждого из партнеров сексуальным ожиданиям другого
4) возрастная динамика сексуальных проявлений у мужчин и женщин

7. Для психотерапевтической коррекции дисгармонии супружеской пары наиболее адекватно использование:
1) рациональной психотерапии
2) семейной психотерапии
3) секс-терапии
4) супружеской психотерапии

8. Так называемая "секс-терапия" не эффективна:
1) при сексуальных дисгармониях
2) при отсутствии партнера
3) при задержках психосексуального развития
4) при анэякуляторном синдроме

9. Пациент обратился к врачу с жалобами на нерешительность, склонность к рассуждательству, своеобразная любовь к самоанализу и легкость образования обсессий. Высокие моральные требования, как к окружающим, так и к себе. Его больно ранят любые проявления грубости и житейского цинизма. Находит в себе множество недостатков, в том числе связанных с сексуальной сферой. Наиболее частым поводом к угрызениям служит мастурбация. Перечисленные черты свойственны следующему типу акцентуаций характера:
1) астенический
2) гипертимный
3) психастенический
4) шизоидный

10. Замкнутость, отгороженность от окружающего мира, неспособность и нежеланием устанавливать контакт. Внешняя "асексуальность" обычно сочетается с упорной мастурбацией и богатыми эротическими фантазиями, легко включающими перверзными тенденциями. Такие люди часто не способны на ухаживание и флирт, не умеют добиться близости в адекватной ситуации, могут неожиданно обнаружить сексуальную активность в самых грубых формах (визионизм, эксгибиционизм, педофилия, садизм и т.п.). Перечисленные черты свойственны одному из типов акцентуаций характера:
1) астенический
2) гипертимный
3) эпилептоидный
4) шизоидный

Раздел 4.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. Особенности сексуальных расстройств при депрессии. Клиника, патогенез, варианты психо- и фармакотерапии. Роль антидепрессантов в развитии сексуальных дисфункций.
2. Особенности сексуальных расстройств при эндогенных психических заболеваниях. Роль нейролептической терапии в генезе сексуальных дисфункций. Возможности психо- и фармакотерапии.
3. Патология эмоций. Эмоциогенные сексуальные дисфункции. Возможности психотерапии в коррекции эмоциогенных сексуальных расстройств.
4. Современные методы психо- фармакотерапии сексуальных дисфункций при алкоголизме.
5. Сексуальные расстройства при наркоманиях. Клиника, патогенез, психо-фармакотерапия.
6. Расстройства сексуальной сферы при соматической патологии и возможности их психо- фармакотерапии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. Антидепрессантами, используемыми в сексологии, являются:

1) тразодон, кломипрамин
2) тофизопам, медазепам
3) тиоридазин, алимемазин
4) мезокарб, фепрозиднин

2. Для острого приапизма характерно:

1) кратковременная эрекция, с вялым наполнением полового члена
2) эрекции возникают в процессе сна и исчезают при полном пробуждении
3) продолжительность заболевания измеряется годами
4) эрекция сопровождается сильными болями в промежности, иногда подъемом температуры тела

3.Какое назначение для лечения сексуальных нарушений у молодых мужчин при поражениях спинного мозга или периферических нервных образований является наименее оправданным:

1) Психотерапия
2) половые гормоны
3) средства, улучшающие нервную проводимость (стрихнин, прозерин и т.п.)
4) пневмомассаж полового члена

4. К врачу обратился пациент с фибропластической индурацией полового члена (ФИПЧ). У пациента отмечается нарушение эрекции. Какие из перечисленных факторов не могут принимать участие в патогенезе нарушений эрекций при ФИПЧ?

1) боли в половом члене
2) распространение фибропластического процесса на предстательную железу и ее склерозирование
3) выраженное искривление полового члена
4) невротические реакции, связанные с возникающими изменениям

5. При циррозе печени у мужчин не наблюдаются:
1) гипогонадизм (атрофия яичек)
2) феминизация (гинекомастия, уменьшение оволосения на теле)
3) повышение уровня пролактина в плазме
4) снижение экскреции 17-КС, повышение эстрогенов

6. Этиологические факторы при поражении эякуляторной составляющей (по Г.С. Васильченко):
1) длительные абстиненции
2) ранняя инволюция
3) заболевания и повреждения полового члена
4) задержка полового созревания

7. Оказание помощи больным шизофренией, в том числе с сексуальными нарушениями, к общественно-ориентированной психиатрии предполагает:
1) обязательную госпитализацию
2) биологическое лечение, психотерапию, психосоциальное лечение и психосоциальную реабилитацию, различные организационные формы помощи
3) сдвигание психосоциальных воздействий к концу процесса реабилитации
4) разработку индивидуальных комплексов физических упражнений для пациентов

8. Сексуальные нарушения у больных алкоголизмом могут начинаться:
1) на 1-й стадии алкоголизма
2) на 2-й стадии алкоголизма
3) на 3-й стадии алкоголизма
4) в период предболезни

9. Для сексуальных нарушений при депрессивном и ипохондрическом неврозах не характерно:
1) развитие на фоне эпилептоидной акцентуации характера
2) развитие на фоне психастенической акцентуации характера
3) развитие у мужчин после перенесенного уретрита
4) ятрогенное развитие

10. Психотерапевтическая работа с больными, страдающим сексуальными расстройствами при шизофрении, может начинаться:
1) после выписки из стационара
2) в любом периоде оказания психиатрической помощи
3) во время пребывания пациента в стационаре
4) в конце процесса реабилитации

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. Какое исследование следует провести в первую очередь при жалобах мужчины на постепенное снижение сексуальных показателей?
1) исследование секрета простаты
2) исследование половых гормонов крови

3) спермограмма
4) физикальное обследование гениталий

2.Определите тип партнера, если к особенностям его поведения в браке относят то, что он любит заботиться, учить и воспитывать, охотно командует и дает указания.
1) «детский»
2) ориентированный на равноправие
3) «родительский»
4) романтический

3.При проведении диагностики парафилий следует учитывать, что аномальное сексуальное поведение должно быть:
1) длительным (более 6 месяцев) и достаточно постоянным
2) эпизодическим средством для разнообразия сексуальных отношений
3) эпизодическим, к нему прибегают для повышения сексуального возбуждения
4) проявлением физиологических или неврологических нарушений

4.Формирование психосексуальных ориентаций (третий этап психосексуального развития) происходит в возрасте_лет
1) 12-26
2) 1-5
3) 5-12
4) 25- 30

5.Основными физиологическими проявлениями сексуальности у мужчин не являются:
1) либидо
2) возбуждение
3) оргазм
4) эрекция

6.В возникновении эрекции не отмечаются фазы:
1) фаза напряжения
2) фаза набухания
3) фаза покоя
4) фаза эрекции

7.К непроизвольным формам эякуляции относятся:
1) дневные поллюции
2) эякуляция при мастурбации
3) эякуляция при половом акте
4) ночные поллюции

8. При определении половой конституции женщины не учитывается:
1) возраст пробуждения сексуального влечения
2) трохантерный индекс
3) возраст менархе
4) характер оволосения лобка

9. Перечислите стадии копулятивного цикла мужчины:
1) нейрогуморальная, психическая, эрекционная, фрикционная, эякуляторная
2) психическая, эрекционная, фрикционная, оргастическая, рефрактерная
3) нейрогуморальная, эрекционная, фрикционная, эякуляторная, оргастическая

4) психическая, эрекционная, фрикционная, эякуляторная, рефрактерная

10. Объективное обследование сексологического больного включает:
1) антропометрию
2) исследование эндокринной системы
3) неврологический статус
4) психический статус

11. Наиболее перспективный принцип построения классификации сексуальных расстройств:
1) симптоматический
2) этиологический
3) патогенетический
4) нозологический

12. На возможность андрогенной недостаточности у мужчин не указывают:
1) раннее облысение
2) заместительная мастурбация и отсутствие ночных поллюций в анамнезе
3) яички безболезненные при сдавлении, мягковатые
4) первая эякуляция в возрасте 18 лет

13. Электроэнцефалографические исследования показаны:
1) при гиперсексуальности
2) при преждевременном половом развитии девочек
3) при преждевременном психосексуальном развитии девочек
4) при задержке полового развития

14. Вагинизм чаще развивается у женщин со следующими чертами характера:
1) истероидными
2) сенситивными
3) шизоидными
4) эпилептоидными

15. Сексуальные расстройства свойственны всем акцентуациям характера, кроме:
1) психастенической
2) сенситивной
3) гипертимной
4) шизоидной

16. Компонентами сексуального здоровья являются: биологический, социальный, психологический и:
1) культуральный
2) социально-психологический
3) психофизиологический
4) сексуально-поведенческий

17. Для эндогенной депрессии с преобладанием аффекта тоски и апатии характерно:
1) кратковременные эпизоды повышения полового влечения
2) негативные эмоции и чувства, связанные с предстоящей половой связью
3) признаки сексуальной расторможенности с гиперактивностью
4) тотальное снижение полового влечения

18. Для эндогенной депрессии с преобладанием тревожного аффекта характерно

1) кратковременные эпизоды повышения полового влечения
2) негативные эмоции и чувства (страх, тревога), связанные с предстоящей половой связью
3) признаки сексуальной расторможенности с гиперактивностью
4) тотальное снижение полового влечения

19. Затрудненное семяизвержение может наблюдаться при приеме:
1) антидепрессантов
2) ноотропов
3) сердечных гликозидов
4) транквилизаторов

20. Вариантом простой асинхронии психосексуального развития является:
1) социогенная задержка при своевременном половом развитии
2) преждевременное половое развитие с задержкой психосексуального развития
3) психогенное преждевременное психосексуальное развитие на фоне ретардации пубертата
4) социогенная задержка психосексуального развития с умеренно выраженной ретардацией пубертата

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

1. Предмет и задачи медицинской сексологии. Мультидисциплинарный подход к лечению и диагностике сексуальных расстройств.
2. Основные этапы развития сексологии.
3. Понятие сексуального здоровья. Особенности расстройств в сексуальной сфере у мужчин и женщин.
4. Физиология мужской сексуальности. Мужской копулятивный цикл. Понятие о врожденных запускающих механизмах. Привыкание и эффект Кулиджа.
5. Физиология женской сексуальности. Женский копулятивный цикл.
6. Этапы психосексуального развития.
7. Разделы МКБ-10, посвященные расстройством половой сферы при психических и поведенческих расстройствах. Их содержание. Краткая характеристика диагностических критериев.
8. Современные методы диагностики сексуальных дисфункций. Особенности диагностики сексуальных расстройств у психиатрических больных.
9. Показания и «абсолютные» противопоказания для проведения психотерапии сексуальных дисфункций.
10. Гипносуггестивная терапия, ее разновидности. Основные показания к применению у пациентов с половыми дисфункциями, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием.
11. Кризисная психотерапия и психоконсультирование. Особенности психотерапии больных с суицидальными установками после фактов гомо- и гетеросексуального насилия.
12. Аутогенная тренировка (техника, показания к применению). Использование аутогенной тренировки для коррекции расстройств сексуальной сферы.
13. Критерии неэффективности психотерапии сексуальных дисфункций. Причины неблагоприятных результатов психотерапевтического лечения.
14. Секстерапия. Показания к ее применению.
15. Расстройства половой сферы при органической патологии головного мозга. Патогенез, диагностика, лечение.

16. Синдромы резидуально-органического поражения головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
17. Психические и поведенческие расстройства, связанные с инволюцией половой сферы. Синдром частичного андрогенного дефицита.
18. Психопатология женского климактерического периода. Клиника, патогенез, способы коррекции.
19. Нейроэндокринологические основы сексуальных нарушений.
20. Синдром гипоталамической гиперсексуальности
21. Синдром гипермускулярной липодистрофии
22. Семейно-сексуальные дисгармонии. Основные виды дисгармоний. Особенности психотерапевтической помощи. Роль секстерапии.
23. Факторы, способствующие успешному функционированию семьи. Типы гендерных союзов.
24. Роль социо-культуральных и биологических факторов в развитии семейно-сексуальных дисгармоний.
25. Расстройства половой идентификации. Транссексуализм. Клиника, патогенез, способы терапии.
26. Сексуальные неврозы. Клиника, патогенез, особенности гипносуггестивной психотерапии.
27. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией. Краткая характеристика диагностических критериев.
28. Учение о психопатиях. Современная классификация психопатий. Сексуальные расстройства при психопатиях.
29. Расстройства сексуального предпочтения (сексуальные перверзии), механизмы их возникновения, классификация. Возможности методов суггестивной психотерапии в лечении перверзий.
30. Неврозы. Этиология, патогенез, принципы лечения. Сексуальные расстройства при неврозах.
31. Психогенные сексуальные дисфункции. Патогенез. Формы расстройств.
32. Особенности сексуальных расстройств при депрессии. Клиника, патогенез, варианты психо- и фармакотерапии. Роль антидепрессантов в развитии сексуальных дисфункций.
33. Особенности сексуальных расстройств при эндогенных психических заболеваниях. Роль нейролептической терапии в генезе сексуальных дисфункций. Возможности психо- и фармакотерапии.
34. Патология эмоций. Эмоциогенные сексуальные дисфункции. Возможности психотерапии в коррекции эмоциогенных сексуальных расстройств.
35. Современные методы психо- фармакотерапии сексуальных дисфункций при алкоголизме.
36. Сексуальные расстройства при наркоманиях. Клиника, патогенез, психо-фармакотерапия.
37. Расстройства сексуальной сферы при соматической патологии и возможности их психо- фармакотерапии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-4.1, ОПК-4, ОПК-5.2, ПК-4.1, ПК-4.2)

Задача № 1

Мужчина, 35 лет. Обратился за медицинской помощью в связи с появлением искривления полового члена в состоянии эрекции. Из анамнеза известно, что симптоматика присутствует на протяжении последнего года, когда пациент стал замечать болевые ощущения в половом члене, затем появилось его искривление в эрегированном состоянии. В начале заболевания искривление было не выражено, однако со временем оно стало

увеличиваться и во время проведения полового акта усилились болевые ощущения, которые периодически сопровождались нарушениями эрекции. Также известно, что пациент курит. В ходе диалога выражает беспокойство по поводу возникшего косметического дефекта. Удручен тем, что с течением времени искривление стало увеличиваться в виду чего стал стесняться женщин во время половой близости, опасался быть высмеянным.
Определите, какая психотерапевтическая коррекция необходима.

Задача № 2
Больная В., 28 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы очень сильного полового влечения и возбуждения, сопровождающиеся оргазмом длительностью 1—4 ч, сильными болями внизу живота, руках и ногах и своеобразными ощущениями («раздувается, растет черепная коробка, надвигается на лоб»). Вне приступов слабость; за 6 мес похудела на 15 кг. Заболела полгода назад остро, на третий день после аборта. Появились жжение внизу живота и пояснице, ломота рук и ног, сильное половое влечение, которого раньше не испытывала. После выписки состояние ухудшилось. Через неделю после аборта сильное влечение стало сопровождаться оргазмом по 3—4 ч. «Сжимание спины, ощущение, что молнией ударило в позвоночник, осветило всю спину, шевелились, переливались мозги, вырастали зубы, глаза проваливались внутрь головы, как углями, жгло ухо и голову». Пугалась, ощупывала голову, глаза, кричала от страха. Половая жизнь облегчения не приносила. Половые акты вне приступов неприятны, болезненны, во время приступа — очень приятны, но облегчения не приносят. Частота половых актов 2 раза в неделю, продолжительностью около 5 мин. Пролежала 17 мес в неврологическом отделении районной больницы, проводилось лечение глутамином кальция, препаратами брома, валерианой, элениумом, радедормом — безрезультатно. Затем лечение в психиатрической областной больнице: малые дозы инсулина, триоксазин, элениум, новокаин — также без эффекта. С детства веселая, общительная, любила петь, обладала хорошим голосом. Воспитание строгое, «пуританское». До замужества избегала ласк, поцелуев. Замуж вышла в 18 лет. До замужества о половой жизни знала только, что «рожать трудно», что половая жизнь нужна мужчинам и без этого в браке не обойтись. Первый половой акт был неприятен; дефлорация болезненная, с кровью. После родов появилось несильное, непостоянное влечение к половой близости, оргазма при половых актах до заболевания никогда не было. Менструации с 16 лет, по 3 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. После заболевания менструальный цикл не нарушался. Родов 2, абортов 2. После начала заболевания беременность не наступает, несмотря на отсутствие предохранения. После начала заболевания муж стал к ней относиться еще лучше, бережнее, делает работу по дому, ухаживает за детьми. Рост 163 см, масса 56 кг. Высота ноги 83 см. ТИ 1,96. Молочные железы дряблые. Ареолы сосков 5Х5 и 6Х6 см. Кожа бледная, множественные стрии на груди и животе. Оволосение подмышечное — обычное, лобка — тенденция к мужскому. При неврологическом обследовании: зрачки d> s, установочный нистагм. Сухожильные рефлексы слева несколько снижены, ИРЗ ахилловых рефлексов с обеих сторон до нижней трети голени. Пульс лежа 70, стоя — 78 уд/мин. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, мышцы промежности сохранены; шейка матки чистая; матка в ретрофлексии, нормальных размеров, подвижная, безболезненная; выделения слизистые, обильные. Больная приехала в сопровождении родственников, заторможена, подавлена; выражение лица скорбное. На вопросы отвечает конкретно, адекватно. Интеллект соответствует образованию и условиям среды. Память сохранена. Продуктивной симптоматики не выявлено. К своему состоянию относится критично. ЭЭГ: диффузные изменения корковой ритмики со знаками иррадиации, свидетельствующие о дисфункции глубоких, возможно мезодиэнцефальных структур; межполушарные различия указывают на несколько большую заинтересованность правого полушария. На рентгенограмме

выявлены изменения турецкого седла.
Выставите сексологический диагноз. Определите этиологию заболевания. Определите тактику лечения основного заболевания, сопутствующей патологии.

Задача № 3

Больная В., 42 лет (рис. 60), рост 158 см, масса тела 67 кг, ТИ 2,00, поступила с жалобами на нерегулярные менструации, изменение внешности по мужскому типу, повышенное половое влечение, периодические головные боли. Наследственность не отягощена. Росла и развивалась до 4 лет нормально. В 4 года заболела паратифом, после чего похудела, особенно лицо и верхняя часть туловища. Больная считает, что строение тела и лица с тех пор такими и остались. В 14 лет перенесла менингит, после которого страдает головными болями. С 7-летнего возраста появилось желание раздражать наружные половые органы. С 11 лет интерес к противоположному полу. Менструации с 12 лет, болезненные и нерегулярные. С 18 лет испытывает сильное половое влечение к мужчинам, с этого возраста единичные акты мастурбации. С 35 лет частые эротические сны (до начала половой жизни) с оргазмом, во время которого просыпается, обнаруживая руки в половых путях (мастурбации во сне). В этот период испытывала непреодолимое половое влечение к мужчинам. С этого же возраста половая жизнь с женатым мужчиной. Частота половых актов 1 раз в неделю. Оргастичность 100%, оргазм наступал приблизительно через 1 мин. К моменту оргазма у партнера не наступало эякуляции, и она считала его импотентом. Испытывала непреодолимую потребность в половой жизни. После прекращения половой связи (через год) мастурбирует в течение 3 лет по 2—3 раза в неделю. Оргазм получает всегда. Мастурбации считает «позорным занятием, но нет другого выхода». С 39 лет, после резекции яичников (поликистоз?), больная отмечала временное снижение полового влечения. По мнению больной, поликистоз возник из-за онанизма, поэтому после операции она мастурбировать боится. Однако во сне по-прежнему мастурбирует, отчего и просыпается. В настоящее время вновь испытывает непреодолимое половое влечение; часто вскакивает ночью, мечется по комнате, не знает, куда деваться. При обследовании нарушений внутренних органов не выявлено; при лабораторном исследовании — небольшое повышение СТГ в плазме.
Выставите диагноз.

Задача № 4

Женщина 37-ми лет, учительница физкультуры в школе, испытывает половое влечение к мальчикам-подросткам. Анамнез: от первой осложненной беременности и родов, когда матери было 39 лет. Отец из семьи ушел. Наблюдалась невропатологом по поводу энцефалопатии. В подростковом возрасте испытывала трудности общения со сверстниками противоположного пола. Замужем с 31 года. К половой жизни с мужем равнодушна, т.к. не испытывает оргазма.
Подберите наиболее вероятный диагноз для данной пациентки, определите тактику лечения.

Задача № 5

Мужчина 21 года не ведёт половую жизнь, избегает попыток близости и объясняет это чрезмерно малыми размерами полового члена, исключающими возможность удовлетворить женщину. Стесняется ходить на пляж, т.к. женщины могут заметить «недоразвитие» его полового члена. Всегда избегал телесного контакта с женщинами, чтобы не выдать свой дефект. Развивался нормально, онанизм с 12 лет. Считает, что в спокойном состоянии его половой член имеет длину 5 см., а при эрекции – около 10-11 см. Согласно данным медицинской и просветительной литературы, прочитанной пациентом, длина эрегированного полового члена должна быть не менее 15 см. При осмотре член в спокойном состоянии 7 см., а в состоянии пассивной эрекции при диагностической

процедуре локальной декомпрессии – около 16 см. Телосложение и оволосение по зрелому мужскому типу.
Установите диагноз, определите тактику лечения.

Задача № 6

Мужчина 42 лет жалуется на невозможность полового акта из-за слабых эрекций. Половое влечение сохранено. Снижена тактильная и эротическая чувствительность полового члена. Эрекция не усиливается от ласк жены. При попытках мастурбации, как и при попытках сношения, эрекция снижена: возникает неполная фаза набухания, фаза ригидности недостижима. Спонтанные эрекции тоже ослаблены. Добиться оргазма не удаётся ни при мастурбации, ни при ласках жены. Ухудшение половой функции возникло после травмы спинного мозга (падение с высоты) 5 лет назад. До того половую функцию оценивал, как нормальную. За 5 лет произошло частичное улучшение функции нижних конечностей и тазовых органов. Передвигается с тростью. Для дефекации и мочеиспускания требуются натуживание, мануальная стимуляция живота и другие усилия. Установите причину эрекционной дисфункции

АЛГОРИТМЫ УМЕНИЙ

(проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-5, ПК-5)

1. Провести стандартное клинико-психопатологическое обследование больного.
2. Описать психический статус пациента.
3. Поставить диагноз в соответствии с МКБ-10.
4. Составить план лечения сексуальных расстройств у пациента.

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Сексология»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**

направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Сексология» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры лучевой психиатрии и психотерапии с клиникой.

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 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия
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.

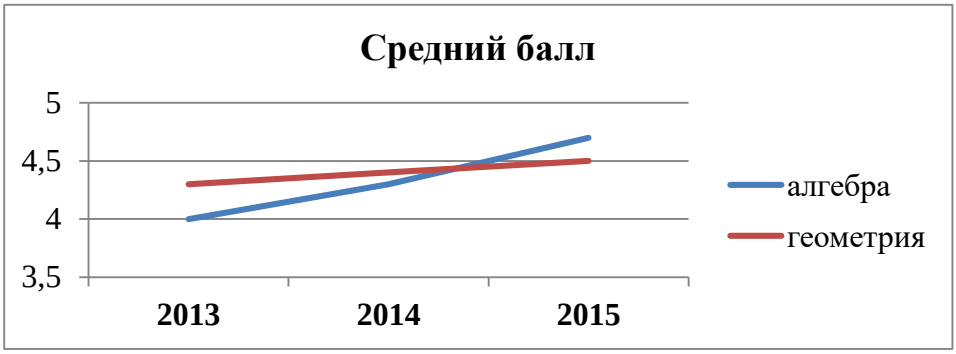


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

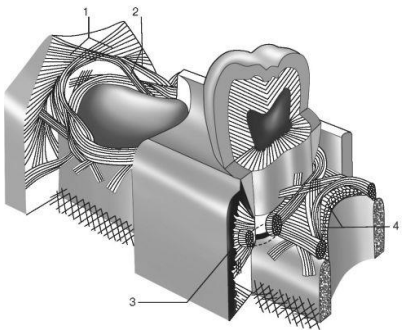


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина **ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ**
(наименование дисциплины)

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

Специальность **31.08.22 Психотерапия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психотерапия**
(наименование направленности)

Факультет **Лечебный факультет**
(наименование факультета)

Кафедра **Кафедра психологии**
(наименование кафедры)

Форма обучения	**Очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**6 час.**
Занятия семинарского типа	**24 час.**
Всего аудиторной работы	**30 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**42 час.**
Форма промежуточной аттестации	**Зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час/зач.ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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.

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

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 31.08.22 Психотерапия. 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 части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» (модуль «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль») учебного плана специальности 31.08.22 Психотерапия.

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)

Компетенция	Индикатор	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - возможности и способы применения основ психосоматики в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения основ психосоматики в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	Знает: - методы и приемы психосоматической диагностики для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать методы и приемы психосоматической диагностики в профессиональном контексте	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ социопсихологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей психосоматических пациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности психосоматических пациентов	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

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

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**30**	30
Из них:			
Занятия лекционного типа		**6**	6
Занятия семинарского типа		**24**	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**42**	42
Промежуточная аттестация – **зачет**		**-**	-
Общая трудоемкость дисциплины	**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**

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и занятий самостоятельной работы.

4.3 Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	**Содержание темы**	Перечень индикаторов достижения компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля **
1.	Общие представления о психосоматических расстройствах.	2	Биопсихосоциальная концепция здоровья и болезни. Соотношения психического и соматического при патологических состояниях. Понятие психосоматический диатез. Классификация психосоматических нарушений.	УК-1.2	Мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
2.	Психосоматические теории и модели.	2	Психодинамический подход в психосоматике. Характерологические психосоматические концепции. Концепции психофизиологического направления. Интегративные психосоматические модели, полифакторные механизмы развития психосоматического заболевания.	УК-1.3, УК-5.2	Мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
3.	Психологическая адаптация к болезни.	2	Психологические особенности больных с различными психосоматическими заболеваниями. Определение картины личности больного при различных психосоматических расстройствах. Личностное реагирование пациента и близких пациента на диагноз, болезнь и ее последствия.	УК-4.1, УК-5.2	Мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
Всего за ПА		**6**				

4.4 Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП *	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства для текущего контроля
1.	Семинар	Общие представления о психосоматических расстройствах.	4	2	Основные понятия психосоматики. Психосоматика как область междисциплинарных знаний. Основные источники психосоматических заболеваний. Подходы к классификации психосоматических заболеваний.	УК-1.2	КВ, ТЗ
2.	Семинар	Психосоматические теории и модели.	4	2	Нейрогуморальные теории психосоматических расстройств. Конституционные типы и проблема предрасположенности к соматическим заболеваниям. Поведение типа А: психологический	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ

					аспект изучения. Поведение типа Д: психологический аспект изучения. 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-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
3.	Семинар	Психологическая адаптация к болезни.	4	2	Фазы, психологические и соматические критерии адаптации к болезни. Концепции внутренней картины болезни (ВКБ) и отношения к болезни. Типология личностного реагирования на болезнь. Субъективная модель болезни как фактор комплаенса.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
4.	Семинар	Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	4	2	Проявления и психологические механизмы конверсии. Характеристика и типы соматизированных (маскированных) депрессий. Роль врача в профилактике соматизированных депрессий.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		4	2	Соматоформные расстройства: проявления и психологические механизмы. Роль врача в профилактике их возникновения.	УК-4.3, УК-5.2	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 индикаторы компетенций
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	18	9	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	6	3	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернетресурсов	18	9	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
ВСЕГО	**42**	**21**	

Самостоятельная проработка некоторых тем – не предусмотрена

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1 Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств			
		КВ	**ТЗ**	**СЗ**	**Р**
Текущий контроль	Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах	10	25	-	10
	Тема 2. Психосоматические теории и модели.	10	25	-	10
	Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.	10	25	5	15
	Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	10	25	10	15
ИТОГО		40	100	15	50

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р – темы для рефератов

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемого индикатора компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Общие представления о психосоматических расстройствах	УК-1.2	КВ, ТЗ
2.	Психосоматические теории и модели.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
3.	Психологическая адаптация к болезни.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
4.	Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ

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

5.3 Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемого индикатора компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернетресурсов	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ

КВ – контрольные вопрос.

5.4 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий, на которые студент должен дать ответ за 20 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
1	Реферат	Р	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
2	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:
«Зачтено» – при условии положительных результатов на 1, 2 этапе.
«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Примерные темы рефератов:

1. Психосоматические заболевания. Общее понятие.
2. Основные психосоматические концепции
3. Психосоматические модели ишемической болезни сердца.
4. Психосоматические особенности нарушений пищевого поведения.
5. Психологические особенности больных с соматоформными расстройствами.
6. Различные типы внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях.
7. Особенности формирования и проявлений нозогенных реакций.
8. Психосоматические взаимосвязи здоровья матери и ребенка.
9. Проблема комплаенса в психосоматической медицине, методы его оценки и коррекции.
10. Психологические механизмы адаптации к болезни.
11. Психосоматические взаимосвязи при заболеваниях кожи.
12. Перспективы психофизиологических методов исследования в психосоматике.
13. Методы психокоррекции в психосоматике.
14. Психосоматика заболеваний дыхательной системы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта.
15. Методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния врача.

Примеры типовые оценочные средства

Примеры типовых контрольных вопросов:
для проверки формирования индикаторов компетенций:

УК-1.2, УК-1.3

1. Биопсихосоциальная концепция болезненных расстройств.
2. Практическая значимость основных концепций психосоматический расстройств.

УК-4.1, УК-4.3

1. Причины возникновения психосоматических расстройств.
2. Маркеры психосоматического расстройства.

УК-5.2

1. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматического расстройства.
2. Профилактика профессионального выгорания в работе врача.

Примеры ситуационных задач
для проверки формирования индикаторов компетенций:

УК-4.1, УК-4.3

1. В ходе обследования органические основания жалоб не подтверждаются. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-психотерапевту.
2. Состояние пациента объективно стабильное, но пациент настаивает на ухудшении своего состояния. Постройте конструктивную беседу с пациентом.

УК-5.2

1. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и угрожает подать жалобу на врача. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
2. На приеме пациент возбужденным и убеждает врача в обоснованности своих жалоб. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Примеры типовых тестовых заданий:
для проверки формирования индикаторов компетенций:

УК-1.2, УК-1.3
ТЗ 1. Автор классификации психосоматических расстройств:
a) Селье;
b) Смулевич;
c) Мечников;
d) Фрейд.

ТЗ 2. Автор концепции неспецифического синдрома адаптации:
a) Смулевич;
b) Фрейд;
c) Мечников;
d) Селье.

УК-4.1, УК-4.3
ТЗ 1. К соматоформным нарушениям относятся:
a) алекситимия;
b) классическая депрессия;
c). хронический болевой синдром;
d). онкологические заболевания.

ТЗ2. К экологичным техникам взаимодействия с психосоматическими больными НЕ относятся:
a) категоричность;
b) паттернализм;
c) отвержение;
d) категоричность; паттернализм; отвержение

УК-5.2
1. ТЗ 1. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:
a) самореализация и профессиональный рост;
b) регулярное участие в балинтовских группах;
c) соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. Персоналом;
d) самореализация и профессиональный рост; регулярное участие в балинтовских группах; соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. Персоналом.

2. ТЗ 2. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие врача.
a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность;
b) самореализация и профессиональный рост;
c) регулярные индивидуальные или групповые супервизии;

d) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; регулярные индивидуальные или групповые супервизии.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (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 (https://minzdrav.gov.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

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы психосоматики» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия 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 31.08.22 Психотерапия.

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	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

1115

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»**

В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Коды индикаторов контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах.	УК-1.2	КВ, ТЗ
Тема 2. Психосоматические теории и модели.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Р

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, СЗ-ситуационная задача*

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

Универсальная 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-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: - возможности и способы применения психосоматики в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения психосоматической диагностики в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	Знает: - методы и приемы психосоматической диагностики для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы и приемы психосоматической диагностики в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

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

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ психосоматики и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом особенностей эмоционального реагирования на ситуацию онкологического заболевания.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей психосоматических пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

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

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Темы 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

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

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ –ситуационные задачи

Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах.

Проверяемые компетенции: УК-1.2

Контрольные вопросы

1. Биопсихосоциальная концепция болезненных расстройств.
2. Практическая значимость основных концепций 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-1.3, УК-5.2

Контрольные вопросы

1. Поясните характер психосоматического нарушения.
2. Поясните понятие «большая семерка».
3. Дайте определение понятиям «стресс» и «дистресс».
4. Причины возникновения психосоматических расстройств.
5. Маркеры психосоматического расстройства.
6. Назовите этапы течения психосоматических нарушений.
7. Поясните взаимосвязь типов отношения к болезни и психосоматических нарушений.
8. Опишите особенности восприятия психосоматических нарушений.
9. Назовите основные способы диагностики психосоматических нарушений.
10. Опишите особенности восприятия психосоматических нарушений у родственников пациентов.

Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.

Проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-5.2

Контрольные вопросы

1. Назовите специалистов, сопровождающих пациента с психосоматическими нарушениями.
2. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматических нарушений.
3. Опишите роль семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
4. Опишите признаки внутреннего неблагополучия семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
5. Опишите особенности изменений внутри семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
6. Назовите особенности переживания семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
7. Назовите риски дезадаптации членов семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
8. Назовите основные типы реагирования членов семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
9. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматического расстройства.

10. Профилактика профессионального выгорания в работе врача.

Ситуационные задачи

1. В ходе первичного приема возникает подозрение на психосоматические нарушения. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-психотерапевту.
2. Состояние пациента без динамики. Проинформируйте пациента о специфике психосоматических нарушений.
3. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. На приеме родственник взрослого пациента настаивает на утаивании диагноза от пациента. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.

Проверяемые компетенции: УК-4.3, УК-5.2

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «психосоматическое расстройство».
2. Расскажите о профилактике вторичной травматизации в работе врача.
3. Перечислите основные методы профилактики вторичной травматизации врача первичного звена.
4. Перечислите основные метолы саморегуляции эмоционального напряжения.
5. Опишите алгоритм саморегуляции эмоционального напряжения.
6. Как связаны вторичная травматизация и синдром эмоционального выгорания.
7. Расскажите о синдроме эмоционального выгорания.
8. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
9. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
10. Расскажите о профилактике синдрома эмоционального выгорания врача.

Ситуационные задачи

1. В ходе обследования органические основания жалоб не подтверждаются. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-психотерапевту.
2. Состояние пациента объективно стабильное, но пациент настаивает на ухудшении своего состояния. Постройте конструктивную беседу с пациентом.
3. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и угрожает подать жалобу на врача. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент возбужденным и убеждает врача в обоснованности своих жалоб. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. В ходе приема диагностируется отрицательная динамика заболевания. Сообщите пациенту об этом.
6. Состояние пациента ухудшилось. Родственник пациента обвиняет врача и угрожает жалобой. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
7. На приеме родственник пациента выглядит подавленным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
8. На приеме пациент деконцентрирован, снова и снова переспрашивает о том, как ему жить. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
9. На приеме онкологический пациент демонстрирует убежденность в том, что его заболевание носит психосоматический характер. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
10. На приеме врач почувствовал острое раздражение на пациента. Сформулируйте ряд гипотез о причине раздражения. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проверяемые компетенции: УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

Темы рефератов

1. Этапы развития психосоматического направления в мире.
2. Этапы развития психосоматического направления в России.
3. 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. Селье. Теория стресса.
11. Психосоматическая теория как бытовой миф.
12. Особенности восприятия заболевания психосоматическими пациентами.
13. Адаптация человека в ситуации психосоматического нарушения.
14. Влияние бытовых заблуждений на восприятие психосоматических нарушений.
15. Психосоматические нарушения и психическое здоровье человека.
16. Платон. «Хармид, или о благоразумии».
17. Личко. Типы отношения к болезни.
18. Мясищев. Личность как система отношений.
19. Причины психосоматических реакций.
20. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение.
21. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика.
22. Плужников, И. 4 главных мифа о психосоматике.
23. Критическая оценка психосоматических обоснований Луизы Хэй и Лиз Бурбо.
24. Цели и задачи врача при взаимодействии с родственником психосоматического пациента.
25. Цели и задачи врача-психотерапевта при взаимодействии с родственником онкологического пациента.
26. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу. «родственник».
27. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу. «очевидец».
28. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу. «наблюдатель».
29. Особенности детско-родительского взаимодействия в ситуации психосоматического заболевания.
30. Особенности взаимодействия с пациентом с диагнозом алекситимии.
31. Особенности взаимодействия с пациентом с психодерматологическим диагнозом.
32. Особенности взаимодействия с пациентом с онкологическим диагнозом.
33. Особенности взаимодействия с пациентом с эндокринной патологией.
34. Синдром студента-медика.
35. Управление конфликтом в практике врача.
36. Взаимодействие с трудным пациентом.
37. Индивидуальный стиль взаимодействия врача.
38. Этика в профессии врача.
39. Деонтология.

40. Вторичная психическая травма.
41. ПТСР.
42. Эмоциональное выгорание.
43. Маркеры вторичной травматизации врача.
44. Балинтовская группа.
45. Профессиональное выгорание специалистов и персонала в стационаре.
46. Специфика балинтовских сессий для специалистов в стационаре.
47. Почему я стал врачом.
48. Методы профилактики рисков вторичной травматизации врача.
49. Методы профилактики рисков эмоционального выгорания врача.
50. Психосоматика – мифы и врачебная практика.

Тестовые задания

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

30. Бесплодие:
a) относится к психосоматозам
b) может относиться к психосоматозам
c) не относится к психосоматозам
d) не может относиться к психосоматозам

31. Булимия это:
a) психическое расстройство
b) соматическое расстройство
c) психосоматическое расстройство
d) соматопсихическое расстройство

32. Алекситимия:
a) психическое расстройство
b) психосоматическое расстройство
c) соматопсихическое расстройство
d) характеристика личности

33. Алиментарное ожирение это:
a) психосоматическое заболевание
b) соматическое заболевание
c) соматиопсихическое заболевание
d) характеристика личности

34. Патогенез психосоматических расстройств определяется:
a) нарушениями деятельности ЦНС
b) состоянием в период травматического события
c) особенностями личности
d) нарушениями деятельности ЦНС; состоянием в период травматического события; особенностями личности

35. Патогенез психосоматических расстройств не определяется:
a) наследственной предрасположенностью
b) фоном социальных факторов
c) особенностями психотравмирующей ситуации
d) культуральными особенностями

36. Патогенез психосоматического расстройства предполагает наличие:
a) патологической импульсации
b) сверхактуального переживания
c) устойчивое воздействие на мишень
d) патологической импульсации; сверхактуального переживания; устойчивое воздействие на мишень

37. Патогенез психосоматического расстройства не предполагает наличие:
a) патологической импульсации
b) устойчивых для любого индивида взаимосвязей
c) сверхактуального переживания
d) устойчивое воздействие на мишень

38. Отношение к болезни - это:
a) Новое отношение в системе отношений индивида
b) Индуктор изменений системы отношений
c) Субъективное восприятие болезни
d) Новое отношение в системе отношений индивида; Индуктор изменений системы отношений; Субъективное восприятие болезни

39.Теорию «Личность как система отношений» сформулировал:
a) Фрейд
b) Кюблер-Росс
c) Селье
d) Мясищев

40. Отношение к болезни не влияет на:
a) течение болезни
b) прогноз выздоровления пациента
c) выживаемость пациента
d) качество жизни пациента

41. Теорию отношения к болезни сформулировал:
a) Мясищев
b) Кюблер-Росс
c) Селье
d) Личко

42. К типу отношения к болезни не относится:
a) эргопатическое
b) ответственное
c) сензитивное
d) ипохондрическое

43. Качество жизни - это:
a) субъективная оценка своего состояния
b) состояние безусловного психического здоровья
c) состояние безусловного соматического здоровья
d) состояние психосоматического здоровья

44. Качество жизни не включает в себя следующие параметры личности:
a) физические
b) психические
c) духовные
d) психосматические

45. Решающее значение на восприятие ситуации болезни оказывают:
a) личностные особенности индивида
b) тяжесть болезни
c) психологическая поддержка
d) информирование пациента

46. Для психосоматического заболевания характерны:
a) витальная угроза
b) высокий уровень неопределенности
c) агрессивные методы лечения
d) устойчивый дискомфорт

47. К компонентам отношения к болезни не относится:
a) эмоциональный
b) мотивационный
c) когнитивный
d) стресс

48. Основным эмоциональным 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

76. Вторичная травматизация – это:
a) соматическое повреждение
b) психосоматическое повреждение
c) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
d) психическое повреждение

77. Вторичная травматизация характеризуется:
a) скрытым накапливанием эмоционального напряжения
b) внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
c) устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
d) устойчивым низким фоновым эмоциональным напряжением

78. Вторичная травматизацию:
a) следует избегать
b) невозможно избежать
c) стыдно признавать
d) бесполезно профилактировать

79. Вторичная травматизация характерна для профессии:
a) строителя
b) бухгалтера
c) менеджера среднего звена
d) врача

80. Вторичная травматизация и эмоциональное выгорание:
a) разные названия одного и того же явления
b) взаимосвязанные явления
c) взаимоисключающие явления
d) схожие явления

81. Эмоциональное выгорание – это:

a) соматическая реакция на стресс
b) психосоматическая реакция на стресс
c) соматопсихическая реакция на стресс
d) неадаптивная реакция на стресс

82. Эмоциональное выгорание характеризуется:
a) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения
b) Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
c) Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
d) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения; Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения; Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением

83. Эмоциональное выгорание:
a) Следует избегать
b) Невозможно избежать
c) Стыдно признавать
d) Следует избегать; Невозможно избежать; Стыдно признавать

84. Эмоциональное выгорание характерно для профессии:
a) Психолога
b) Врача
c) Бухгалтера
d) Специалиста в сфере коммуникации

85. К уровням профилактики эмоционального выгорания не относятся:
a) личностный
b) профессиональный
c) организационный
d) культуральный

86. К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:
a) снижение уровня стресса
b) осознавание смысла работы
c) осознавание смысла жизни
d) увеличение нагрузки

87. Эффективная коммуникация не является:
a) фактором профилактики эмоционального выгорания
b) признаком профессионализма
c) признаком личностной зрелости человека
d) признаком нравственности

88. Эффективная коммуникация не включает в себя:
a) осознание специалистом собственных мотивов
b) реалистичность ожиданий специалиста
c) понимание специалистом особенностей целевой группы
d) паттернализм

89. Основные способы саморегуляции эмоционального напряжения не включают в себя:
a) изменение тонуса скелетных мышц

b) активное включение представлений и чувственных образов
c) использование программирующей и регулирующей роли слова
d) фармакотерапию

90. Эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной угрозы, называется:
a) астения
b) депрессия
c) тревога
d) стресс

91. К личностным факторам риска профессионального выгорания относят:
a) слабый тип нервной системы
b) устойчивую стрессирующую нагрузку
c) генетическая предрасположенность
d) анамнез жизни специалиста

92. К методам профилактики синдрома эмоционального выгорания не относятся:
a) улучшение навыков профессиональной коммуникации
b) формирование паттерналистической тенденции
c) формирование антипаттерналистической тенденции
d) освоение навыков саморегуляции

93. Эффективная коммуникация с ребенком дошкольного возраста подразумевает:
a) сдержанное общение
b) игровое общение
c) общение через представителя ребенка
d) подчеркнуто добродушное общение

94. Трудная информация должна 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:
а) уважение к пациенту
б) доверие адаптивным ресурсам пациента

c) уверенность в положительных аспектах информирования
d) демонстрацию сопереживания

98. Трудную информацию врач должен сопровождать фразой:
а) 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;
c) 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
c) 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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**

направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Основы психосоматики» рассмотрена и обсуждена 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 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 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия
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.

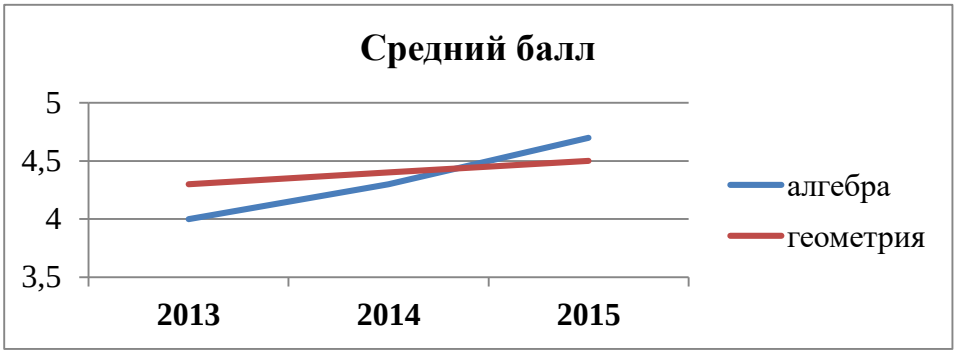


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

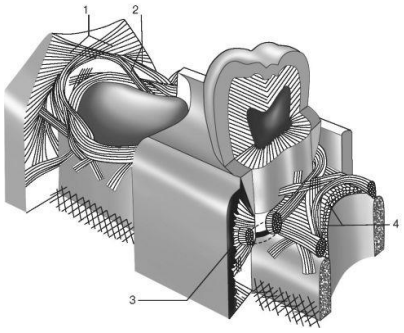


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
« 05» марта 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	**ПРАКТИКУМ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия**
	(код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия**
	(наименование направленности)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра психологии**
	(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**6 час.**
Занятия семинарского типа	**24 час.**
Всего аудиторной работы	**30 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**42 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час/зач.ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Практикум коммуникативной компетентности врача» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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
3.	Шляхто Маргарита Сергеевна	-	Ассистент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Шумова Татьяна Юрьевна	-	Ассистент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Практикум коммуникативной компетентности врача» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии.

Рабочая программа дисциплины «Практикум коммуникативной компетентности врача» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина направлена на формирование навыков эффективного общения в ситуациях профессионального взаимодействия врача с коллегами, пациентами и членами их семьи. Дисциплина способствует развитию у обучающихся коммуникативных компетенций, умений конструктивного взаимодействия при обсуждении с пациентом рисков, неожиданного ухудшения или сообщения пациенту (его родственникам) плохой новости; при сообщении пациенту рекомендаций; при выдвижении пациентом нереальных или агрессивных требований. Занятия практически ориентированы и направлены на решение конкретных задач по общению в медицине, включая разборы сложных для построения коммуникации случаев из клинической практики.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины -- формирование у обучающихся теоретических знаний о профессиональной коммуникации врача и навыков профессионального общения в профессиональной коммуникации с пациентами, членами их семей и коллегами.

Задачи изучения дисциплины:

- освоение обучающимися знаний о теоретических основах психологии общения, её основных понятий, а также принципов организации процесса продуктивного межличностного взаимодействия в системе «врач — пациент»;
- формирование умений в установлении психологического контакта с пациентом и построении продуктивного межличностного взаимодействия в системе «врач — пациент»;
- формирование навыков пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза
- формирование компетенций врача в вопросах общения с пациентом, сбора жалоб и анамнеза, для использования полученных знаний в профессиональной деятельности;
- развитие у обучающихся коммуникативных компетенций, сформировать умения конструктивного взаимодействия, эффективного участия в групповой дискуссии, социально-психологического анализа ситуаций;
- формирование базовых навыков партнерского общения, таких как: проведения партнерской беседы, установления контакта, активного (эмпатического) слушания, аргументации и контраргументации, регуляции эмоционального напряжения в общении.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Практикум коммуникативной компетентности врача» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1. «Дисциплины» (модуль «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль») учебного плана.

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	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает:- возможности и способы применения приемов профессиональной коммуникации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - критически оценивать возможности и способы приемов профессиональной коммуникации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает:- методы и приемы применения приемов профессиональной коммуникации для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет:- использовать методы и приемы применения приемов профессиональной коммуникации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает:- принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей пациентов и их родственников	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает:- приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет:- использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.2. Применяет методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает:- методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для планирования совершенствования навыков профессиональной коммуникации в работе с пациентам	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для планирования совершенствования навыков профессиональной коммуникации в работе с пациентам	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПН – практические навыки, 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. Основы коммуникации в медицине	2	8	14	24	11
Тема 2. Приемы эффективной профессиональной коммуникации врача	2	8	14	24	11
Тема 3. Навыки коммуникации врача в особых случаях	2	8	14	24	11
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 индикаторов достижения компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Тема 1.	Тема 1. Основы коммуникации в медицине	2	Цели, задачи, структура медицинской коммуникации, навыки эффективной коммуникации. Психологические особенности взаимодействия в системе «врач-пациент», модели взаимоотношений «врач — пациент» Профессионально значимые коммуникативные качества врача. Коммуникативная компетентность врача. Факторы, влияющие на коммуникативную компетентность. Навыки содержания и навыки процесса общения в медицинской консультации. Задачи медицинской коммуникации на каждом этапе медицинской консультации.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 2.	Тема 2. Приемы эффективной профессиональной коммуникации врача	2	Виды, средства и функции профессиональной коммуникации. Принципы, характеризующие эффективное профессиональное общение. Вербальные и невербальные компоненты коммуникации. Приемы установления контакта. Формирование и совершенствование навыков эффективной самопрезентации, управления впечатлением, конструктивного диалога с собеседником, навыки выразительного выступления. Активное слушание.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 3.	Тема 3. Навыки коммуникации врача в особых случаях	2	Использование основных навыков общения в ситуациях: консультации по телефону; сообщения плохих новостей; общения с пациентами находящимися в реанимации и их родственниками; паллиативной помощи; общения с пациентами старшего возраста; общения с пациентами детского возраста и их родителями; трехсторонних консультаций (врач, пациент, родственник пациента); совместного принятия решения; культурного и социального разнообразия; медицински необъяснимых симптомов.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Мультимедийная презентация	КВ
	ВСЕГО	**6**				

* ***Оценочные средства:*** *КВ – контрольные вопросы, ПН – практические навыки*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП *	Содержание темы занятия	Формируемые индикаторы компетенций	Формы и методы текущего контроля
1.	Практическое занятие	Взаимодействие врач-пациент	4	2	Цели, задачи, структура медицинской коммуникации, навыки эффективной коммуникации. Психологические особенности взаимодействия в системе «врач-пациент», модели взаимоотношений «врач — пациент» Профессионально значимые коммуникативные качества врача. Компоненты коммуникативной компетентности врача. **Практическая подготовка**:** Ролевая игра. Разбор ситуаций коммуникации с пациентами. Тренинг навыков коммуникации.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	ПН
2.	Практическое занятие	Калгари-кембриджское руководство по ведению медицинской консультации.	4	2	Цели общения в медицине. Принципы, характеризующие эффективное общение. Структура Калгари-кембриджского руководства. Навыки содержания и навыки процесса общения в медицинской консультации. Задачи медицинской коммуникации на каждом этапе медицинской консультации. Навыки содержания и навыки процесса общения в медицинской консультации. **Практическая подготовка**:** Ролевая игра. Разбор ситуаций коммуникации с пациентами. Тренинг навыков коммуникации.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	ПН
3.	Практическое занятие	Средства профессиональной коммуникации	4	2	Виды, средства и функции профессиональной коммуникации. Принципы, характеризующие эффективное профессиональное общение. Вербальные и невербальные компоненты коммуникации. **Практическая подготовка**:** Ролевая игра. Разбор ситуаций коммуникации с пациентами. Тренинг навыков коммуникации.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	ПН
4.	Практическое занятие	Приемы профессиональной коммуникации	4	2	Приемы установления контакта. Формирование и совершенствование навыков эффективной самопрезентации, управления впечатлением, конструктивного диалога с собеседником, навыки выразительного выступления. Активное слушание. **Практическая подготовка**:** Ролевая игра. Разбор ситуаций коммуникации с пациентами. Тренинг навыков коммуникации.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	ПН
5.	Практиче	Навыки	4	2	Использование основных навыков	УК-1.2,	ПН

	ское занятие	сообщения в особых ситуациях			общения в ситуациях: сообщения плохих новостей; общения с пациентами, находящимися в реанимации и их родственниками; паллиативной помощи, коммуникация по телефону и онлайн **Практическая подготовка**:** Ролевая игра. Разбор ситуаций коммуникации с пациентами. Тренинг навыков коммуникации.	УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	
6.	Практическое занятие	Навыки коммуникации с пациентами различных типов			Использование основных навыков общения с пациентами различных типов: общения с пациентами старшего возраста, общения с пациентами детского возраста и их родителями; трехсторонних консультаций (врач, пациент, родственник пациента); совместного принятия решения; культурного и социального разнообразия **Практическая подготовка**:** Ролевая игра. Разбор ситуаций коммуникации с пациентами. Тренинг навыков коммуникации.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	ПН
ВСЕГО			**24**	**12**			

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

4.5. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые индикаторы Компетенций
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	10	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	11	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	21	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

Самостоятельная проработка некоторых тем – не предусмотрена

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

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

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего и промежуточного контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		КВ	**ТЗ**	**ПН**
Текущий контроль	Раздел 1. Основы коммуникации в медицине	10	10	2
	Раздел 2. Приемы эффективной профессиональной коммуникации врача	10	20	2
	Раздел 3. Навыки коммуникации врача в особых случаях	10	20	2
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		30	55	6

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, ПН – практические навыки, Р – темы для рефератов

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемого индикатора, компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	УК-1.2	КВ, ПН
2.	Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ПН
3.	Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ПН
4.	Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ПН

КВ – контрольные вопросы, ПН –практические навыки

5.3. Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемого индикатора компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ

КВ – контрольные вопрос.

5.4. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	**Вид задания**	**Оценочные материалы**	**Проверяемые индикаторы компетенций**
1	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, Р - реферат

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:
«Зачтено» – при условии положительных результатов.
«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

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

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.

Типовые оценочные средства.

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции и индикаторы достижения компетенции
КВ	**Типовые контрольные вопросы:** a) Дифференцируйте вербальные и невербальные компоненты общения. b) Назовите приемы установления контакта в профессиональной коммуникации. c) Перечислите приемы эффективной самопрезентации, управления впечатлением. d) Назовите приемы ведения конструктивного диалога с собеседником. e) Назовите приемы выразительного выступления. f) Охарактеризуйте модель уверенного поведения в различных ситуациях межличностного взаимодействия. g) Дифференцируйте техники проведения партнерской беседы: не способствующие пониманию партнера, промежуточные техники, техники активного слушания. h) Назовите эффективные техники работы с вопросами. i) Поясните возможности применения техник активного (эмпатического) слушания в работе психолога. j) Перечислите барьеры коммуникации и назовите техники преодоления барьеров коммуникации с партнером.	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
ПН	**Типовые задания для формирования практических навыков** Для освоения практических навыков обучающимся рекомендуется выполнить следующее упражнение. Необходимо представить ситуацию общения с пациентом. Попробуйте сформулировать ряд высказываний по следующим пунктам: 1) Отчетливое приветствие. Как Вы представитесь, как обозначите свою роль, каким будет Ваше приветствие? 2) Обращение к человеку по имени. Что Вы скажете/спросите, если забыли (или не расслышали) имя пациента? 3) Забота о комфорте. Как на вербальном уровне Вы проявите заботу о комфорте пациента? Например, как предложите разместиться? 4) Внимательное слушание. Какие вопросы будете задавать пациента, если	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

	что-то не поняли или не расслышали? Приведите примеры таких вопросов.	
ТЗ	**Типовые тестовые задания** 1. Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми - это: a) коммуникативная компетентность b) социальная компетентность c) коммуникативные знания d) общительность 2. Позитивная ценность, умение управлять впечатлением о себе, альтернативой которого могут быть социальная тревожность, застенчивость, социальная неприспособленность – это: a) манипуляция b) самомониторинг c) самопрезентация d) самораскрытие 3. Какая функция социальных коммуникаций несет в себе смысл средства объединения людей? a) трансляционная b) инструментальная c) экспрессивная d) синдикативная 4. … - взаимонепонимание между людьми, являющееся следствием того, что одно и то же явление имеет для них разный смысл. a) барьер общения b) барьер смысловой c) барьер психологический 5. … – уровень взаимодействия, при котором люди осознают содержание и структуру настоящего и возможного очередного действия партнера, а также взаимно содействуют достижению единой цели. a) взаимоотношение b) взаимопонимание c) взаимовлияние	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

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 (https://minzdrav.gov.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. Корягина, Н. А. 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. Глозман, Ж. М. 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. Болотова, А. К. 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. Садовская, В. С. 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

Дополнительная литература:

1. Колесник, Н. Т. Клиническая психология: учебник для вузов / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова; под редакцией Г. И. Ефремовой. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510634
2. Нуркова, В. В. Общая психология: учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 514 с. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/531615
3. Айсмонтас, Б. Б. Общая психология: схемы: учебное пособие для вузов / Б. Б. Айсмонтас. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520241
4. Сосновский, Б. А. Общая психология: учебник для вузов / Б. А. Сосновский, О. Н. Молчанова, Э. Д. Телегина; под редакцией Б. А. Сосновского. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/516414

7. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Методическое материалы по дисциплине «Педагогика» для специальности 31.08.22 Психотерапия / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«Практикум коммуникативной компетентности врача» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия 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 «Практикум коммуникативной компетентности врача» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

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

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия

проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

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

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

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Практикум коммуникативной компетентности врача» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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 «Практикум коммуникативной компетентности врача» 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
«ПРАКТИКУМ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«Практикум коммуникативной компетентности врача»**

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

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Основы коммуникации в медицине	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ, ПН
Раздел 2. Приемы эффективной профессиональной коммуникации врача	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ, ПН
Раздел 3. Навыки коммуникации врача в особых случаях	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ, ПН
Подготовка к решению тестовых заданий	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	ТЗ

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, СЗ-ситуационная задача*

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

Универсальная 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-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает:- возможности и способы применения приемов профессиональной коммуникации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы приемов профессиональной коммуникации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	Знает:- методы и приемы применения приемов профессиональной коммуникации для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет:- использовать методы и приемы применения приемов профессиональной коммуникации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ

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

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство

УК-4.1. Использует знания основ психосоматики и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом особенностей эмоционального реагирования на ситуацию онкологического заболевания.	Знает:- принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает:- приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет:- использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ

Универсальная компетенции – УК-5

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает:- методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для планирования совершенствования навыков профессиональной коммуникации в работе с пациентам	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для планирования совершенствования навыков профессиональной коммуникации в работе с пациентам	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное выполнение ПН	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Оценка	Собеседование по контрольным вопросам	Демонстрации практических навыков
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 выполнение практических навыков без соответствия рекомендованным алгоритмам и рекомендациям без учета специфики пациентов различного профиля и социально-психологического статуса пациентов и их родственников
Зачтено	В процессе ответа демонстрируется системность и глубина	Корректное выполнение практических

	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.	навыков по рекомендованным алгоритмам и рекомендациям с учетом специфики пациентов различного профиля и социально-психологического статуса пациентов и их родственников

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Оценка	Выполнение 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 и их индикаторы
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ –ситуационные задачи

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Тема 1. Основы коммуникации в медицине (УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**

Контрольные вопросы
1. Раскройте цели, задачи, структуру медицинской коммуникации.
2. Укажите критерии эффективной коммуникации в медицине.
3. Охарактеризуйте психологические особенности взаимодействия в системе «врач-пациент».
4. Приведите примеры моделей взаимоотношений «врач — пациент»
5. Назовите профессионально значимые коммуникативные качества врача.
6. Перечислите компоненты коммуникативной компетентности врача.
7. Назовите средства и факторы формирования коммуникативной компетентности врача.
8. Опишите структуру Калгари-Кембриджского руководства по общению в медицине.
9. Укажите навыки содержания и навыки процесса общения в медицинской консультации.

10. Назовите задачи медицинской коммуникации на каждом этапе медицинской консультации.

Практические навыки (УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**

Упражнение 1.
Для освоения базовых практических навыков обучающимся рекомендуется выполнить следующее упражнение в ролевых парах «врач-пациент», кратко выполнив начальные требования к коммуникации Калгари-Кембриджского руководства по общению в медицине.
Необходимо представить ситуацию общения с пациентом. Попробуйте сформулировать ряд высказываний по следующим пунктам:
1) Отчетливое приветствие. Как Вы представитесь, как обозначите свою роль, каким будет Ваше приветствие? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.
2) Обращение к человеку по имени. Что Вы скажете/спросите, если забыли (или не расслышали) имя пациента? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.
3) Забота о комфорте. Как на вербальном уровне Вы проявите заботу о комфорте пациента? Например, как предложите разместиться? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.
4) Внимательное слушание. Какие вопросы будете задавать пациента, если что-то не поняли или не расслышали? Приведите примеры таких вопросов. Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.

Упражнение 2.
Для отработки практических навыков коммуникации в начале приема пациента обучающимся рекомендуется выполнить следующее упражнение в ролевых парах «врач-пациент».

Установление первичного контакта
1. Поприветствовать пациента и познакомиться с ним.
2. Представиться, объяснить свою роль и назначение интервью, получить согласие, если необходимо.
3. Демонстрировать уважение и интерес, создать физический комфорт для пациента. *Определение причины для консультации*
4. Выяснить проблемы и запросы пациента с помощью открытых вопросов («Какие проблемы вас привели?» или «Что вы хотели бы обсудить сегодня?» или «На какие вопросы вам хотелось бы получить ответы сегодня?»).
5. Внимательно слушать, не перебивая и не контролируя ответы пациента.
6. Вести список проблем и выяснять более подробную информацию (например, «значит, головная боль и усталость, что еще?»).

Тема 2. Приемы эффективной профессиональной коммуникации врача (УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**

Контрольные вопросы
1. Дифференцируйте вербальные и невербальные компоненты общения.
2. Назовите приемы установления контакта в профессиональной коммуникации.
3. Перечислите приемы эффективной самопрезентации, управления впечатлением.
4. Назовите приемы ведения конструктивного диалога с собеседником.
5. Назовите приемы выразительного выступления.
6. Охарактеризуйте модель уверенного поведения в различных ситуациях межличностного взаимодействия.
7. Дифференцируйте техники проведения партнерской беседы: не способствующие пониманию партнера, промежуточные техники, техники активного слушания.

8. Назовите эффективные техники работы с вопросами.
9. Поясните возможности применения техник активного (эмпатического) слушания в работе психолога.
10. Перечислите барьеры коммуникации и назовите техники преодоления барьеров коммуникации с партнером.

Практические навыки (УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**

Упражнение 1.
Для отработки практических навыков эффективной коммуникации при сборе врачом информации, обучающимся рекомендуется выполнить упражнение в ролевых парах «врач-пациент». Задача пациента – сообщать о своих жалобах; задача врача – использовать приемы повышения эффективности коммуникации. После инсценировки каждой парой группа оценивает корректность коммуникации врача в ситуации.

Адекватное невербальное поведение
1. Демонстрировать правильные невербальные признаки: зрительный контакт, выражение лица; поза, положение и движения тела; речь (высота, громкость, интонация).
2. Читать, делать записи в истории или компьютере таким образом, чтобы это не мешало диалогу или взаимопониманию.
3. Демонстрировать должное доверие.

Создание доверительных отношений
1. Принимать без осуждения право пациента на его чувства и взгляды.
2. Использовать эмпатию, чтобы показать пациенту понимание его проблем и опасений, открыто признать взгляды и чувства пациента.
3. Оказывать поддержку: выражать заботу, понимание, желание помочь; признать попытки пациента самому справиться с проблемой и заботиться о себе; предлагать партнерские отношения.
4. Быть тактичным в отношении щепетильных тем и чутким к беспокоящей пациента физической боли, в том числе связанной с проведением физического обследования.

Упражнение 2.
Для отработки практических навыков коммуникации при сборе врачом информации, обучающимся рекомендуется выполнить упражнение в ролевых парах «врач-пациент». Задача пациента – сообщать о своих жалобах; задача врача – следовать рекомендациям по коммуникации Калгари-Кембриджского руководства.

Исследование проблем пациента
1. Поощрять пациента к рассказу всей истории его проблем с самого начала до настоящего момента своими словами (определение причины для этого визита).
2. Использовать техники открытых и закрытых вопросов, переходя от открытых к закрытым. 3. Внимательно слушать, предоставлять пациенту возможность высказаться до конца, не перебивая и давая пациенту время собраться с мыслями, перед тем как ответить на вопрос или продолжать ответ после паузы.
3. Поощрять пациента к рассказу с помощью вербальных и невербальных сигналов, используя ободрение, молчание, повторение, перефразирование, уточнение.
4. Подмечать вербальные и невербальные сигналы (язык тела, манеру говорить, выражение лица, настроение), определяя их значение.
5. Прояснять неясные либо требующие объяснения утверждения пациента («Не могли бы вы

уточнить, что вы имеете в виду под головокружением?»).
6. Периодически суммировать услышанное, чтобы выяснить, насколько правильно врач понял слова пациента, предлагать пациенту исправить неверно истолкованное или продолжить рассказ далее.
7. Использовать краткие, понятные вопросы и комментарии, избегать жаргона и неадекватного объяснения терминов.
8. Устанавливать даты и последовательность событий. Дополнительные навыки для понимания позиции пациента
9. Активно определять и исследовать: идеи и убеждения пациента; тревожность (опасения) пациента относительно каждой проблемы; ожидания пациента (цели, какой помощи ожидал пациент для решения каждой отдельно взятой проблемы); влияние — как каждая проблема влияет на жизнь пациента.
10. Поощрять пациента к выражению эмоций.

Тема 3. Навыки коммуникации врача в особых случаях (УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**

Контрольные вопросы
1. Укажите особенности и опишите алгоритм коммуникации при сообщении плохих новостей.
2. Укажите особенности общения с пациентами, находящимися в реанимации и их родственниками.
3. Раскройте особенности коммуникации при оказании паллиативной помощи.
4. Назовите специфические черты коммуникации по телефону и средства повышения ее эффективности.
5. Назовите специфические черты коммуникации онлайн и средства повышения ее эффективности.
6. Укажите особенности общения с пациентами старшего возраста.
7. Укажите особенности общения с пациентами детского возраста.
8. Укажите особенности общения с пациентами с учетом культурных различий.
9. Назовите специфические черты трехсторонней коммуникации (врач, пациент, родственник пациента и средства повышения ее эффективности.
10. Укажите особенности общения с пациентами с инвалидностью.

Практические навыки (УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**
Упражнение 1.
Для отработки практических навыков коммуникации по сообщению плохих новостей обучающимся рекомендуется выполнить следующее упражнение в ролевых парах «сообщающий-принимающий информацию». Примеры для коммуникации могут быть как из клинической, так и из жизненной практики. После инсценировки каждой парой группа оценивает корректность коммуникации в ситуации.
Постройте сообщений плохих новостей по протоколу SPIKES:
- S (setting up) – подготовиться к беседе;
- P (perception) – выяснить, как пациент воспринимает свою болезнь;
- I (invitation) – дождаться, когда пациент попросит сообщить ему новости;
- K (knowledge) – предоставить пациенту информацию;
- E (emotions) – отреагировать на эмоции пациента, проявить эмпатию;
- S (summary/strategy) – подвести итоги и разработать стратегию дальнейших действий.

Упражнение 2.
Для отработки практических навыков коммуникации с людьми с инвалидностью обучающимся рекомендуется выполнить следующее упражнение в ролевых парах «врач-пациент с

инвалидностью». Каждая пара обучающихся инсценирует поведение в одной из нижеуказанных ситуаций. После инсценировки каждой парой группа оценивает корректность коммуникации врача в ситуации.

1. Ситуация: Человек с нарушением зрения заходит перед Вами в помещение и, вы видите, что он испытывает трудности с открытием двери.

Задание к ситуации: Какие действия допустимы? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.

2. Ситуация: Вы предложили человеку с инвалидностью свою помощь. Он отказался.

Задание к ситуации: Какими должны быть Ваши действия? Допустимо ли помочь человеку, не дожидаясь согласия, если вам кажется это необходимым? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.

3. Ситуация: Устанавливая контакт с человеком с расстройством аутистического спектра, партнер по общению прикасается к нему.

Задание к ситуации: Будет ли это способствовать дальнейшему общению партнеров? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.

4. Ситуация: Незрячий человек зашел с собакой-проводником в место, которые запрещено посещать с животными?

Задание к ситуации: Может ли он там находиться с собакой? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.

5. Ситуация: в процессе сопровождения человека, использующего кресло-коляску, Вы заметили препятствие на пути движения.

Задание к ситуации: Как лучше поступить? Продемонстрируйте Ваше поведение в ситуации.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания

(УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2**)**

1. Форма сотрудничества врача и пациента «на равных», при которой пациент видит в своем лечащем враче компетентного специалиста и не проецирует на него свои инфантильные переживания
   a) партнерство
   b) патернализм
   c) либерализм

2. Первым элементом беседы врача с пациентом является:
   a) установление контакта
   b) сбор медицинской информации
   c) информировании о себе, своих профессиональных компетенциях и достижениях

3. В каком году было опубликовано Калгари-кембриджское руководство?
   a)1965
   b)1990
   c)1998

4. Навыки содержания в коммуникации это:
   a) содержание вопросов и ответов, собираемая и сообщаемая информация, обсуждаемое лечение;
   b) способы общения врача с пациентами, как врач собирает анамнез или делится информацией, используемые вербальные и невербальные навыки, как врач строит отношения с пациентом, каким образом организует и структурирует общение;
   c) способность принять решение, клиническое мышление и навыки решения проблем

5. Навыки процесса в коммуникации это:
   a) о чем врач говорит;
   b) о чем врач думает и что чувствует;
   c) как врач общается

6. Сквозным процессом в медицинской консультации является:
   a) сбор информации;
   b) планирование и объяснение;
   c) структурирование

7. Что из перечисленного относится к навыкам внимательного слушания?
   a) фасилитация
   b) закрытые вопросы
   c) подробные объяснения

8. Процесс осознанного выяснения, все ли из того, что пациент желает обсудить, было выявлено, посредством дополнительных открытых вопросов - это:
   a) скрининг
   b) фасилитация
   c) расспрос

9. Конвергентными называют вопросы
   a) закрытые
   b) открытые
   c) альтернативные

10. Технику расспроса, когда начинают с открытых вопросов, постепенно переходят к закрытым, с целью получения дополнительных подробностей, называют:
   a) воронкой вопросов
   b) внимательным слушанием
   c) повторением

11. Пересказ своими словами содержания сообщения пациента или чувств, лежащих в основе – это:
   a) высказывание своих мыслей
   b) Аотражение
   c) перефразирование

12. Намеренное, недвусмысленное словесное выражение того, что только что было обсуждено называется:
   a) обобщение
   b) скрининг
   c) сигнализация

13. Высказывание, обозначающее намерение и привлекающее внимание к тому, что вы сейчас собираетесь сказать, называется:
   a) сигнализация
   b) упорядочение
   c) обобщение

14. Коммуникационное взаимодействие между индивидами без использования слов, без речевых и языковых средств, представленных в прямой или какой-либо знаковой форме, называется:
   a) вербальная коммуникация
   b) невербальная коммуникация
   c) пантомимика

15. Наиболее эффективной реакцией на мысли пациента о своем состоянии считается:
   a) немедленное подбадривание
   b) выражение согласия
   c) реакция принятия

16. Принятие
   a) означает согласие
   b) не означает согласия
   c) означает обнадеживание

17. Осознанное сопереживание эмоциональному состоянию других людей, способность распознать чувства другого и выразить сострадание – это:
   a) эмпатия
   b) обнадеживание

c) принятие

18. Фраза «я вижу, что потеря памяти у вашего мужа – очень трудное испытание для вас» является примером:
a) эмпатического высказывания
b) информирования
c) подбадривания

19. Важнейший навык на этапе объяснения и планирования как для оценки должного объема предоставляемой информации, для помощи пациенту в точном запоминании и для достижения взаимопонимания –
a) дозирование
b) перефразирование
c) обобщение

20. На этапе обсуждения и планирования, выдвигать предложения, а не директивы и предлагать выбор, наиболее соответствует навыку:
a) вовлечения пациента;
b) принятия
c) поддержки

21. В индивидуальных случаях:
a) не меняется контекст взаимодействия;
b) не меняется содержание коммуникации;
c) навыки процесса остаются неизменными

22. Плохая новость это:
a) любая новость, сильно и негативно влияющая на восприятие пациентом своего будущего;
b) только сообщение о смерти;
c) сообщение о рецидиве заболевания и сообщение о смерти

23. Протокол сообщения плохих новостей:
a) SPIKES
b) NURSE
c) EACH

24. При сообщении плохой новости наиболее эффективно сообщить об этом:
a)
b) быстро, сдержано;
c) начать издалека, много и подробно объяснять;
d) с подготовкой, короткой однозначной фразой, дать пациенту время отреагировать эмоции

25. Фраза, соответствующая «пробному выстрелу» при сообщении о диагностированном раке:
a) боюсь, дело хуже, чем хотелось бы;
b) у Вас рак, мне жаль;
c) не волнуйтесь, это лечится

26. При сообщении плохой новости:
a) нужно дать пациенту отреагировать эмоции, в т.ч. слёзы;
b) ни в коем случае нельзя позволять пациенту плакать;
c) ни в коем случае нельзя показывать свои чувства пациенту

27. При сообщении плохих новостей на этапе планирования и объяснения дальнейших действий, наиболее эффективно:
a) написать рекомендации в заключении;
b) подробно и глубоко проинформировать по всем аспектам ситуации;
c) ориентироваться на готовность пациента воспринимать информацию

28. При сообщении плохих новостей наибольший упор следует делать на:
a) информировании;
b) утешении;
c) выражении эмпатии

29. Как эффективнее реагировать на тяжелое эмоциональное состояние пациента:
a) сосредоточиться на физических симптомах болезни;
b) изменить тему разговора, не дать пациенту высказаться;
c) слушать, проявлять сочувствие

30. При коммуникации с пациентом другой культуры:
a) достаточно уделить внимание языку, на котором происходит общение (убедиться, что пациент его понимает);
b) важно обратить внимание на язык общения, различия в толковании невербальной коммуникации, культурные установки;
c) важно сопровождать речь медицинскими терминами-они универсальны.

31. На этапе планирования и объяснения пациенту другой культуры:
a) связывайте объяснения с научными данными, приводите статистику;
b) связывайте объяснения с позицией пациента, проверьте культурный контекст и языковые способности;
c) давайте информацию одновременно пациенту и его родственникам

32. Какой вопрос, среди прочих, полезно врачу задавать себе при общении с пациентом пожилого возраста:
a) что значит для этого человека болезнь или приближение смерти;
b) пьёт ли пациент лекарственные препараты;
c) будет ли он соблюдать рекомендации.

33. Какое эмоциональное состояние часто встречается у пациентов пожилого возраста:
a) тревожность и депрессия;
b) эйфория;
c) рассудительность

34. Какие навыки становятся наиболее эффективны на консультациях пациентов пожилого возраста, когда приходится выслушивать запутанный рассказ с большим количеством ускользающих данных:
a) прояснения, понимания временной перспективы, подведения итогов и проверки;
b) клинического расспроса;

c) эмпатии

35. При общении врача с пациентами младшего школьного возраста ключевым участником является:
a) ребёнок;
b) родитель;
c) ребёнок и родитель

36. Если врач проводит телефонную консультацию (аудиозвонок) для структурирования разговора, наиболее эффективно использовать следующие навыки:
a) одновременно и часто подводить промежуточные итоги, сигнализировать при переходе от одного аспекта к другому;
b) внимательное слушание;
c) выражение эмпатии

37. Что может помочь врачу прояснить такие факты, как наличие или отсутствие у пациента, страдающего депрессией, глубокого и устойчивого аффективного расстройства, сопровождаемого патологическим чувством вины, собственной ничтожности и потери интереса к жизни в сочетании с колебаниями аппетита, веса и сна:
a) навыки установления контакта, проявления эмпатии, поддержки, тактично задавать трудные вопросы;
b) опрос по системе органов;
c) получение информации от родственников

38. Примером эмпатии является фраза:
a) «Вам действительно пришлось очень нелегко.»
b) «Совершенно нормально быть расстроенным в такой сложной ситуации»
c) «Вы очень мужественный»

39. Целью обучения навыкам общения с умирающим пациентом является:
a) устранение препятствий на пути к реализации принципов паллиативной помощи;
b) умение избегать разговоров о смерти;
c) умение мягко отказать в лечении.

40. … – уровень взаимодействия, при котором люди осознают содержание и структуру настоящего и возможного очередного действия партнера, а также взаимно содействуют достижению единой цели.
a) взаимоотношение
b) взаимопонимание
c) взаимовлияние

41. … - взаимонепонимание между людьми, являющееся следствием того, что одно и то же явление имеет для них разный смысл.
a) барьер общения
b) барьер смысловой
c) барьер психологический

42. … – психологическое состояние, переживаемое человеком как неадекватная пассивность, препятствующая общению. Барьер может быть обусловлен как

эмоциональным состоянием субъектов общения, так непониманием смысла высказываний, обращений и т. п.

a) барьер общения
b) барьер смысловой
c) барьер психологический

43. … – психическое состояние, проявляющееся в неадекватной пассивности субъекта, что препятствует выполнению им тех или иных действий.

a) барьер общения
b) барьер смысловой
c) барьер психологический

44. В процессе работы психолога с лицами с разными формами инвалидности следует опираться на:

a) на общественное мнение;
b) на собственные эмоции;
c) на психофизиологические особенности и возможности лиц с инвалидностью;
d) на современные стереотипы и стигмы в адрес данной категории людей.

45. Какие действия допустимы при знакомстве с человеком, использующим протез руки?

a) протянуть руку для приветствия и не акцентировать внимание на протезе
b) выдержать достаточную паузу, чтобы передать инициативу собеседнику
c) не протягивать руку для рукопожатия

46. Как поздороваться с человеком с нарушением слуха?

a) повысить голос и громко представиться. желательно говорить прямо в ухо
b) установить зрительный контакт, говорить повернувшись лицом к собеседнику
c) попробовать объясниться жестами

47. Если во время общения с незрячим собеседником Вам необходимо отлучиться, как правильнее поступить?

a) отойти, не перебивая незрячего человека
b) предупредить сопровождающего, не привлекая внимания человека с инвалидностью
c) предупредить незрячего человека о необходимости отлучиться, а вернувшись, сообщить о своем присутствии

48. Как начать общение с человеком с нарушением зрения?

a) подойти к нему и представиться, чётко обозначив, кто вы
b) аккуратно потянуть за белую трость и задать вопрос
c) громко окликнуть

49. Что допустимо при общении с человеком на кресле-коляске?

a) класть свои вещи собеседнику на колени.
b) облокачиваться на ручки или подлокотники коляски.
c) задать вопрос, нужна ли человеку помощь и чем Вы можете помочь.

50. Как построить общение с неслышащим человеком в сопровождении переводчика жестового языка?

a) необходимо вести беседу с сопровождающим или переводчиком
b) следует обращаться непосредственно к человеку с нарушением слуха
c) необходимо вести беседу с сопровождающим или переводчиком, следует обращаться непосредственно к человеку с нарушением слуха.

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Практикум коммуникативной компетенции врача»**

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**

направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Практикум коммуникативной компетенции врача» рассмотрена и обсуждена 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 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 преподаватели.

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 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия
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.

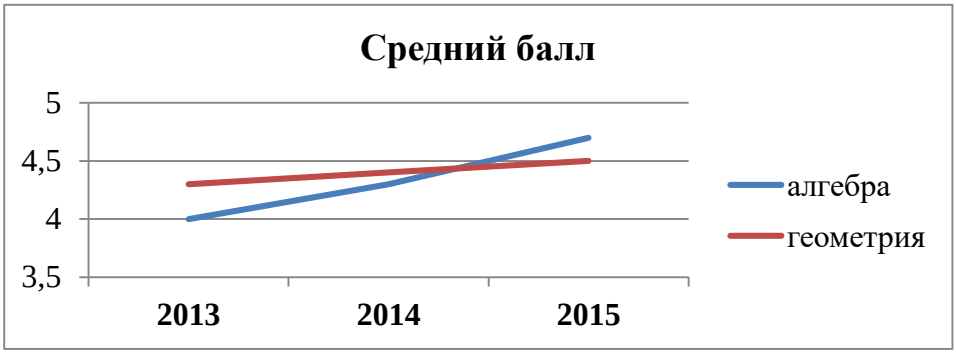


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

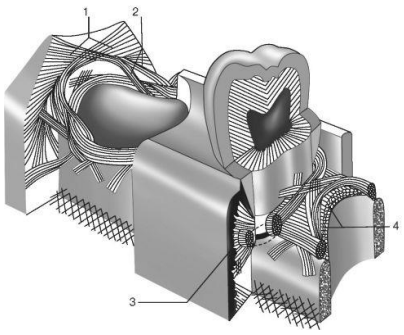


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА** (наименование практики)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия** (код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия** (название направленности)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра психотерапии и психиатрии с клиникой** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1, 2**
Форма промежуточной аттестации	**зачет с оценкой/зачет с оценкой/зачет с оценкой /зачет с оценкой**
Общая трудоемкость практики	**2376 час/ 66 зач.ед.**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа практики «Клиническая практика» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации от 16 октября 2023 г. № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хабаров Иван Юрьевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры психиатрии, психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Савельева Ольга Владиславовна	К.м.н.	Ассистент кафедры психиатрии, психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа практики «Клиническая практика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава «20» февраля 2024 г., протокол № 2/2024.

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики разработана в соответствии в соответствии с приказом МЗ РФ от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» и в соответствии с действующим ФГОС ВО Приказом Министерства образования и науки РФ от 16 октября 2023 г. № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия».

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель освоения практики: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-психотерапевта во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-психотерапевта, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами.

Задачи освоения практики:

1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы психических и поведенческих расстройств.
2. Знать патогенез психических и поведенческих расстройств, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики психических и поведенческих расстройств.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы психических и поведенческих расстройств.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента с психическим и поведенческим расстройством.
6. Овладеть современными методиками, используемыми в психотерапии в рамках ведения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.
7. Проводить дифференциальную диагностику психических и поведенческих расстройств.
8. Оформлять медицинскую документацию.

Тип практики – «Клиническая практика»
Способ проведения - стационарный или выездной.
Форма проведения - дискретная, путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Клиническая практика является обязательной частью образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия, видом учебной деятельности, направленной на получение навыка профессиональной деятельности, формирование, закрепление и развитие практических умений и компетенций, обучающихся в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, и ориентированной на их профессионально-практическую подготовку.

Клиническая практика относится к Блоку 2 «Практика» (обязательная часть) учебного плана и проводится на 1 и 2 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.

Содержание клинической практики соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Клиническая практика осваивается в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции, установленные программой ординатуры:

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Системное и критическое мышление			
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации. УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	**Знает:** – методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; – пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; – роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; – современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; – возможности пациент-ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине; **Умеет:** – выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; – использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; – излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов, получать и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации;	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
Наименование категории компетенции - Командная работа и лидерство			
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и	УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей,	**Знает:** – принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего	Для текущего контроля: Д Для промежуточной

младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	среднего и младшего медицинского персонала.	медицинского персонала **Умеет:** – руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства. Для текущего контроля:	аттестации: СЗ
	УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.		Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон		Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
Наименование категории компетенции - Коммуникация			
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	**Знает:** – основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон **Умеет:** – применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива		
	УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.		

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, П- презентация, ДП — дневник практики, ОП — отчет по практике*

ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Организационно-управленческая деятельность			
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья. ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	**Знает:** – Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан – Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи – Виды основных медико- статистических показателей **Умеет:** – Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. – Отбирать, систематизировать и использовать медико- статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи – Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
Наименование категории компетенции - Медицинская деятельность			
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** – анатомическое строение центральной и периферической нервной	Для текущего контроля:

		системы, строение оболочек и сосудов мозга – основные физикальные методы обследования нервной системы – основные психотерапевтические методы – основы диагностики психических заболеваний – современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики – возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** – исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять психопатологические синдромы – ставить диагноз – обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики	ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	**Знает**: – МКБ – Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях – клиническую классификацию психических расстройств – клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм – Показания к госпитализации в психотерапевтическое отделение – Показания к госпитализации в психиатрический стационар **Умеет:** – Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

		– Производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики – Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях	
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – общие вопросы организации психотерапевтической помощи в РФ, и связанные с ней вопросы организации работы скорой и неотложной помощи – организацию помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами – показания к различным формам оказания психиатрической/психотерапевтической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; – различные способы лечения психических и поведенческих расстройств: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое – современные стандарты лечения психических и поведенческих расстройств и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту – основы фармакотерапии психических и поведенческих расстройств (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; – немедикаментозные методы лечения психических и поведенческих расстройств (психотерапия, 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, реабилитация)	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

		– определить наличие нетрудоспособности пациента – назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при психических и поведенческих расстройствах 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 – пользоваться методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	
	ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	**Знать:** – общую психотерапию и частные виды психотерапии, применяемые при психических и поведенческих расстройствах – основные принципы фито- и рефлексотерапии в психиатрии; – принципы и методы реабилитации больных с психическими расстройствами **Уметь:** – определить показания и противопоказания к назначению психически больному фито-, рефлексо-, психотерапии – проводить психотерапевтическое лечение (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и другие методы) – проводить работу с семьей и близким окружением психически больного, провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	**Знает:** – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов с психическими заболеваниями **Умеет:** – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях – Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные,	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

		возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания	
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	**Знает:** – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики **Умеет:** – Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-6.2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	**Знает:** – Методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** – Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-	**Знает:**	

	специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	– Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях – **Умеет:** – Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях – Выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения реабилитационных программ	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы.	**Знает:** – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов **Умеет:** – Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, на прохождение медико-социальной экспертизы – Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-7.2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.	**Знает:** – требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** – Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психического заболеваний и (или) состояний нервной системы	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-7.3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при	**Знает:** – Порядок выдачи листков нетрудоспособности	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП

	психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.	**Умеет:** – Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическими заболеваниями	Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	**Знает:** – Основы здорового образа жизни, методы его формирования – Формы и методы санитарно-просветительной работы среди психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний. **Умеет:** - Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	ОПК-8.2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** – факторы риска развития основных психических расстройств **Умеет:** – Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	ОПК-8.3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** – первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний **Умеет:** – Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими расстройствами	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в	ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными.	**Знает:** – Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Психотерапия" **Умеет:** – Составлять план работы и отчет о своей работе – Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения – Использовать информационно- аналитические системы и информационно- телекоммуникационную сеть "Интернет"	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: ПН, ДП, ОП, П

распоряжении медицинского персонала			
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	**Знает:** – Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи – Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи **Умеет:** – провести осмотр пациента с клиническими признаками состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	ОПК-10.3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	**Знает:** – Алгоритм оказания помощи психиатрическим пациентам при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента – Перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента. **Умеет:** – Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме – Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП

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

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности - Организационно-управленческая деятельность			
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях. ПК-3.2 Способен организовывать работу структурных подразделений медицинской организации. ПК-3.3. Способен применять требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности.	**Знает**: – нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации – принципы организации труда – порядок ведения учетно- отчетной документации **Умеет:** – использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению – обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Для текущего контроля: СЗ, ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
Тип задач профессиональной деятельности - Медицинская деятельность			
ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и	ПК-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – особенностей формирования психического расстройства – порядок проведения дифференциальной диагностики – формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней – критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса – современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его – как правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного **Умеет:** – опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

проблем, связанных со здоровьем		психическом заболевании – обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; – оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности – установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания – обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований – провести дифференциальную диагностику психического заболевания – поставить и обосновать окончательный диагноз	
	ПК-4.2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; – обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования **Умеет:** – выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; – выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств – выявления особенностей формирования психического расстройства – проведения дифференциальной диагностики – формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	**Знает:** – критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней **Умеет:**	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

		– выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания – установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ	
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии – обосновать показания к назначению больному психотропных средств – разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения **Умеет:** – назначить общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; – назначить современные методы лечения при психических расстройствах;	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ПК-5.2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	**Знает:** – клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания **Умеет:** – провести комплексное лечение больного психиатрического профиля, включая психокоррекцию, с учетом психопатологического и соматического состояния пациента – оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ПК-5.3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	**Знает:** – как организовать лечение психических больных, в том числе беременных женщин, лиц молодого и пожилого возраста с учетом современных данных **Умеет:** – провести, с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП- дневник практики, ОП- отчет по практике, П - презентация*

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		792	156	168	180	288
Самостоятельная работа (аудиторная и внеаудиторная самостоятельная работа**)**		1476	285	309	333	549
Промежуточная аттестация – зачет с оценкой / зачет с оценкой / зачет с оценкой / зачет с оценкой /		108	27	27	27	27
Общая трудоемкость практики	**час.**	**2376**	**468**	**504**	**540**	**864**
	з.е	**66**	**13**	**14**	**15**	**24**
Из них на практическую подготовку.		1896	373	402	431	690

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 80% от общей трудоёмкости практики «Клиническая практика».

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продолжительность	Перечень формируемых компетенций или индикаторов достижения компетенций *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 - 468 час.			
1.	Стационар Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса Участие в назначении и выполнении диагностических процедур Участие в назначении лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях,	441	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

	конференциях, интервизиях, супервизиях		
	Зачет с оценкой	27	
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 504 час.			
2.	Стационар Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса, постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, составление эпикризов на диагностические процедуры Назначение и выполнение диагностических процедур Разработка плана лечения, этапов психотерапевтической работы с пациентом Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	477	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
	Зачет с оценкой	27	
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3- 540 час.			
3.	Внебольничная служба (психоневрологический диспансер) Психиатрический дневной стационар Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса, постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, составление эпикризов на диагностические процедуры Участие в выполнение диагностических процедур Участие в разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	144	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
4.	Психотерапевтический кабинет Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития; Ведение медицинской документации	153	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

	Участие в оказании психотерапевтической помощи Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Участие в осуществление мероприятий по профилактике психических расстройств Участие в организации и проведении санитарно-просветительной работы по профилактике психических расстройств Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях.		
5.	Амбулаторное отделение Знакомство с оказанием специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации, диагностических и лечебных процедурах Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении медицинской экспертизы	72	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
6.	Психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации Знакомство с оказанием внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	144	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
	Зачет с оценкой	27	
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 4 – 864 час.			
7.	Внебольничная служба (психоневрологический диспансер) Психиатрический дневной стационар Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса, постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, составление эпикризов на диагностические процедуры Участие в выполнение диагностических процедур Участие в разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	306	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

	Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях		
8.	Психотерапевтический кабинет Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития; Ведение медицинской документации Участие в оказании психотерапевтической помощи Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Участие в осуществление мероприятий по профилактике психических расстройств Участие в организации и проведении санитарно-просветительной работы по профилактике психических расстройств Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях.	306	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
9.	Амбулаторное отделение Знакомство с оказанием специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации, диагностических и лечебных процедурах Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении медицинской экспертизы	72	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
10.	Психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации Знакомство с оказанием внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	153	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
	Зачет с оценкой	27	
ИТОГО:		**2376**	

*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:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки компетенции или индикатора достижения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ТЗ, ПН, ДП, ОП
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ТЗ, ПН, ДП, ОП
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ПН, ДП, ОП
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ПК-4. 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, ПН, ДП, ОП
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ТЗ, ПН, ДП, ОП

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП-дневник практики, ОП-отчет по практике, П-презентация*

5.2. Оценка проверки формирования компетенций на промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки компетенции или индикатора достижения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ДП, ОП, П

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ПН, СЗ, ДП, ОП
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ПН, СЗ, ДП, ОП
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПН, СЗ, ДП, ОП, П

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП-дневник практики, ОП-отчет по практике, П-презентация*

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет с оценкой.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Промежуточная аттестация обучающихся по «Клинической практике» проводится в виде зачета с оценкой, который служит для оценки работы обучающегося в течение всего периода практики и призван выявить уровень, прочность и систематичность полученных обучающимся теоретических и практических знаний, умений и навыков.

Промежуточная аттестация обучающихся по «Клинической практике» проводится на основании заполнения дневников практики, составления отчетов по практике, оценки клинического куратора практики, представления презентации клинического случая на заседании кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным учебным графиком. 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

- отзыв руководителя по практики
- мультимедийную презентацию клинического случая;

Отчет по практике предоставляется обучающимся не позднее последнего дня практики.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 3		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 4 Представление презентации клинического случая Решение ситуационной задачи	П СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5

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	Вид задания
	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

5.3. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций (примеры):

Контрольные вопросы - (УК-1, ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6)

1. Алгоритм обследования и ведения психиатрических пациентов в стационаре.
2. Соответствие диагностических заключений в МКБ-10 и отечественной классификации невротических расстройств.
3. Понятие психогенных расстройств. Систематика психогений.
4. Неврозы. Клинические проявления. Определение невроза по Б.Д. Карвасарскому. Невротические синдромы. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов.
5. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
6. Раздел МКБ 10 F40-48: Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Практические навыки – (УК-1, ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5)

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных психических и поведенческих расстройств.
2. Способность формулировать и выставлять диагноз в соответствии с Международной классификацией
3. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики психических и поведенческих расстройств.
4. Совместно с врачом-психотерапевтом стационара обследование и ведение пациентов.
5. Способность оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при психической и поведенческой патологии.
6. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения психических и поведенческих расстройств.
7. Проводить комплексное лечения психически больных, включая психотерапию

Ситуационные задачи - УК-1; ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4; ПК-5

Задача № 1.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент 38 лет обратился с жалобами на пониженное настроение, ухудшение концентрации внимания, плохой сон, быструю утомляемость снижение аппетита. Состояние ухудшилось в течение последнего полугода.

По данным анамнеза пациент с детства вел активный образ жизни, имел множество увлечений. Хорошо характеризуется на работе. В брак вступил по любви, имеет 2х детей-подростков.

Ухудшение состояния на фоне конфликтов с женой. Наблюдалась апатия, развилась тревога перед будущим, нарушился сон, отмечалось снижение работоспособности. Перестал справляться с нагрузками в тренажерном зале, оставил тренировки. Обследовался в поликлинике, по заключению специалистов патологий не выявлено.

В кабинет зашел медленным шагом. В ясном сознании. Ориентирован во всех сферах верно. В беседу с врачом вступает легко, на вопросы отвечает правильно, иногда переспрашивает. Память снижена на недавние события, переспросил имя врача, попросил возможности записать его. Речь грамотная, несколько снижена по темпу, говорит не громко. Винит себя в сложившейся семейной ситуации, чувствует беспомощность что-либо сделать, беспокоится о работе, считает, что не справляется. Мышление несколько замедлено, без структурных нарушений. Обманы восприятия отрицает, поведением не выдает. Настроение снижено. Суицидальные мысли отсутствуют. Физиологические отправления – склонность к запорам. Сон с нарушением засыпания и ранними пробуждениями. На лечение согласен.

Задания:

1. Предположите диагноз
2. Какие дополнительные обследования должны быть назначены?
3. Определите тактику ведения пациента
4. Какие лекарственные средства являются препаратами выбора?
5. Какие формы и методы психотерапевтической работы могут быть назначены?

Эталон ответа:

Диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести без психотических симптомов. Впервые возникшая тревожно-апатическая депрессия.

На приеме должна быть проведена оценка по шкале Гамильтона для тревоги и депрессии. Пациент направляется на экспериментально-психологическое обследование для определения особенностей личности, выявления суицидального риска.

Комплексный подход к лечению. Пациенту должен быть назначен антидепрессант. Эффективность препарата, клиническое улучшение оценивается через 2 недели. Длительность поддерживающего лечения составляет несколько месяцев.

Пациент направляется на индивидуальную психотерапию в когнитивно-поведенческой модели. После улучшения состояния предлагается групповой формат психотерапевтической работы. Возможно назначение семейной психотерапии, при согласии обоих супругов.

Ожидаемая эффективность лечения уменьшение подавленности, редукция апатии, раздражительности, тревоги перед будущим, восстановлении самооценки, нормализации общего состояния, восстановление трудоспособности.

Задача № 2.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 28 лет. Обратилась с жалобами на периодические неприятные ощущения в области сердца, покалывания, перебои, «кувыркания сердца», одышку.

Из анамнеза:

Наследственность отягощена сердечно-сосудистой патологией. Единственный ребенок в семье, отца не знает, воспитывалась матерью и бабушкой. Была достаточно избалована ими и имела к ним чрезмерную привязанность. Работает банковской служащей. Не замужем, избегает отношений с мужчинами. Ведет «здоровый образ жизни, не курит, алкоголь не употребляет». По заключению медосмотра патологии не выявлено.

Когда пациентке было 15 лет, бабушка умерла от сердечного приступа. Данную ситуацию перенесла крайне тяжело, ощущала чувство одиночества. На этом фоне возник первый криз в виде сосудистого приступа. С этого периода стала тщательно следить за своим здоровьем, особенно за работой сердца. Также требовала от матери, чтобы она постоянно

обследовалась. Несмотря на молодой возраст и необходимость работать сверхурочно, избегала любых физических нагрузок, отказывался от сверхурочной работы. Ухудшение состояния связывает с стрессом «напряженными отношениями с соседями».

В беседе адекватна, заинтересована, несколько взволнована. Выглядит современно, аккуратная прическа, макияж, маникюр. Активно использует жестикуляцию. Предъявляет многочисленные жалобы, старательно описывает их, рассказывает о проведенных обследованиях. Мышление без структурных нарушений. Бреда не высказывает. Настроение ближе к ровному. Ищет помощи. По поводу отношений с мужчинами отметила, что избегает сексуальных контактов, т.к. ощущает, как «учащается сердцебиение», и это «может привести к развитию инфаркта миокарда». При осмотре: грацильного телосложения, выявляются признаки вегетативной лабильности. АД 125/78 мм.рт.ст., ЧСС 90. Температура тела 36,6 С.

Задания:

1. Предположите диагноз
2. Какие дополнительные обследования должны быть назначены?
3. Определите тактику ведения пациента, необходимость лекарственной терапии, психотерапии.

Эталон ответа:

Диагноз: Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы.

Заболевание возникло у личности с симбиотическими отношениями. Данное расстройство сформировалось под влиянием сенсибилизирующих обстоятельств – психотравмирующая разлука с бабушкой (ее смерть).

Пациент направляется на экспериментально-психологическое обследование для определения особенностей личности.

Из лекарственных средств показаны препараты с вегетостабилизирующим, транквилизирующим действием. Показаны занятия ЛФК, санаторно-курортное лечение.

В процессе психотерапии устанавливается доверительный контакт с психотерапевтом. Показана групповая психотерапия, интегративная индивидуальная психотерапия.

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 практике:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice
Пакет LibreOffice
Microsoft Office Standard 2016
NETOP Vision Classroom Management Software
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России http://moodle.almazovcentre.ru/.
САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по практике:
Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
ЭБС «Букап» (https://www.books-up.ru/)
ЭБС «Юрайт» (https://urait.ru/)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (https://speclit.profy-lib.ru/)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
Научная электронная библиотеке http://elibrary.ru/

6.2. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
(http://www.google.ru; http://www.rambler.ru; http://www.yandex.ru/)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (http://www.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 (https://minzdrav.gov.ru)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.3. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения практики:

Основная литература:

1. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513590
2. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html

3. Шарапов, А. О. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии: практическое пособие / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Профессиональная практика). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518577
4. Ромек, В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / В. Г. Ромек. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/515451
5. Залевский, Г. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518572
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520277

Дополнительная литература:

1. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html
2. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 432 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511157
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html
4. Рачин, А. П. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html
5. Мелехин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 496 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455050.html
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462980.html
7. Шевченко Ю.С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Шевченко Ю.С. - Москва: МИА, 2018. - 504 с. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/28299
8. Соколова, Е. Т. Психоаналитическое направление в психотерапии: учебник для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 139 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/532194
9. Шарапов, А. О. Технологии психологического консультирования: учебное пособие для вузов / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва:

Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518403
10. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/516672

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

- Методическое материалы для подготовки и обучению по практике «Производственная (клиническая) практика» для специальности 31.08.22 Психотерапия, 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 «Клиническая практика» используются специальные помещения с материально-техническим и учебно-методическим обеспечением:

Специальные помещения и подразделения медицинской организации для самостоятельной работы по освоению программы практики и текущего контроля, оснащенные медицинским оборудованием.

Учебная аудитория для промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для проверки практических навыков.

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Клиническая практика» соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

В целях освоения рабочей программы практики «Клиническая практика» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность

беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы практики «Клиническая практика» 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
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач - психотерапевт**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

1222

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике «КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

№ п/п	Наименование раздела (темы) практики	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 – 468 час.			
	ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР		
1	Обучение ведению пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Обучение ведению медицинской документации Обучение писанию психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Участие в назначении и выполнении диагностических процедур Участие в назначении лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 504 час.			
	ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР		
1	Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, Разработка плана лечения, этапов психотерапевтической работы с пациентом Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП

	Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания, реабилитации		
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Составление эпикризов на диагностические процедуры Назначение и выполнение диагностических процедур	УК-1, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3-540 час.			
	ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ СЛУЖБА (ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР)		
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР			
1	Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, Участие в разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Составление эпикризов на диагностические процедуры Выполнение диагностических процедур	УК-1, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ		
1	Обучение амбулаторному психотерапевтическому приему пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития;	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Обучение ведению медицинской документации Обучение писанию психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Участие в назначении и выполнении диагностических процедур Участие в назначении лечения	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП

	Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания		
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	
	ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ДЛЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ		
1	Обучение оказанию внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Обучение ведению медицинской документации Обучение писанию психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Участие в проведении психотерапии Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
	АМБУЛАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ		
1	Обучение оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3	СЗ, КВ, ПН, ДП, ОП
2	Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 4-864час.			
	ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ СЛУЖБА (ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР)		
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР			
1	Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,	СЗ, ПН, ДП, ОП

	стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, Разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Составление эпикризов на диагностические процедуры Выполнение диагностических процедур	УК-1, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ		
1	Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития;	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Ведение медицинской документации Написание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Разработка, назначении и выполнении диагностических процедур Разработка плана лечения Проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
	ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ДЛЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ		
1	Участие в оказании внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП

	Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы		
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Проведении психотерапии Оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
	АМБУЛАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ		
1	Участие в оказании специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Разработка плана диагностики и лечения Проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, П-презентация, ДП — дневник практики, О — отчет по практике*

1. В результате освоения рабочей программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции:

Универсальные компетенции:

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

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

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

Общепрофессиональные компетенции

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

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

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

ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах

Профессиональные компетенции

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

ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и

ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате освоения рабочей программы практики

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК 1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**Знает:** -методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; -пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; -роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; -современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; -возможности пациент-ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине; **Умеет:** -выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; -использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; -излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов, получать и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации.	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и	**Знает:** знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ–	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для

младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	**Умеет:** руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства.	шкала оценивания 2	промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	**Знает:** основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон **Умеет:** применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	**Знает:** - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико- статистических показателей **Умеет:** - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Отбирать, систематизировать и использовать медико- статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	**Знает:** -анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга -основные физикальные методы обследования нервной системы -основные психотерапевтические методы -основы диагностики психических заболеваний -современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики -возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях -основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях особенности	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
		Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

	сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями **Умеет:** - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями - интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях -исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять психопатологические синдромы -ставить диагноз - обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). -интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики		
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**Знает:** - связанные с ней вопросы организации работы скорой и неотложной помощи; организацию помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами; показания к различным формам оказания психиатрической/психотерапевтической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; различные способы лечения психических и поведенческих расстройств: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое; современные стандарты лечения психических и поведенческих расстройств и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии психических и поведенческих расстройств (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; - немедикаментозные методы лечения психических и поведенческих расстройств	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

	(психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторнокурортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов - общую психотерапию и частные виды психотерапии, применяемые при психических и поведенческих расстройствах; - основные принципы фито и рефлексотерапии в психиатрии; - принципы и методы реабилитации больных с психическими расстройствами. **Умеет:** - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение, реабилитация); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при психических и поведенческих расстройствах 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 - пользоваться методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ; -определить показания и противопоказания к назначению психически больному фито, рефлексо, психотерапии; - проводить психотерапевтическое лечение (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и другие методы); - проводить работу с семьей и близким окружением психически больного, провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение.		
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации	Знает: - Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях - Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики - Методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

или абилитации инвалидов	результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** - Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - Определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях - Выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения реабилитационных программ		
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	**Знает:** - Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниям, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов - требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях - Порядок выдачи листков нетрудоспособности **Умеет:** - Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, при	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

	психических заболеваниях на прохождение медико-социальной экспертизы - Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями - Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психических заболеваний - Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной заболеваниями и (или) состояниями нервной системы		
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.	**Знает:** - Основы здорового образа жизни, методы его формирования - Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний - факторы риска развития основных психических заболеваний и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ - первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний **Умеет:** - Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний - Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических психических заболеваний, основных факторов риска их развития - Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими психических заболеваний	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	**Знает:** - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Психотерапия" **Умеет:** - Составлять план работы и отчет о своей работе - Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения - Использовать информационно- аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: ПН, ДП, ОП, П
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях,	**Знает:** - Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной

требующих срочного медицинского вмешательства	экстренной медицинской помощи Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи - Алгоритм оказания помощи психиатрическим пациентам при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента - Перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента. **Умеет:** -провести осмотр пациента с клиническими признаками состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи -Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий	оценивания 2	аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	**Знает:** нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда- порядок ведения учетно- отчетной документации **Умеет:** использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: СЗ, ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со	**Знает:** - особенностей формирования психического расстройства - порядок проведения дифференциальной диагностики - формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней - критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса - современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его - как правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

здоровьем	- современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; - обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования - критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней **Умеет:** - опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом заболевании - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; - оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности - установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания - обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований - провести дифференциальную диагностику психического заболевания поставить и обосновать окончательный диагноз - выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; - выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств - выявления особенностей формирования психического расстройства - проведения дифференциальной диагностики формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания - установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ		
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтичес	**Знает:** - как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии - обосновать показания к назначению больному психотропных средств - разработать схему обоснованного	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

кой медицинской помощи	восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения - клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания - как организовать лечение психических больных, в том числе беременных женщин, лиц молодого и пожилого возраста с учетом современных данных **Умеет:** - назначить общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; - назначить современные методы лечения при психических расстройствах; - провести комплексное лечение больного психиатрического профиля, включая психокоррекцию, с учетом психопатологического и соматического состояния пациента - оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания - провести, с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста		

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы:

1. Индивидуальный план-график.
2. Дневник практики
3. Отчёт по практике

Дневник практики является основным отчетным документом учета учебного времени при прохождении практики обучающегося по программе ординатуры. В дневнике отражается объем проделанной работы за каждую неделю, отдельно приводятся диагнозы наиболее интересных пациентов, по желанию – кратким анализом клинического случая, выполненные манипуляции. Дневник практики должен регулярно проверяться и подписываться руководителями практики.

В конце каждого отчетного периода (на промежуточную аттестацию) обучающийся по программе ординатуры представляет сводные данные о проделанной работе (Сводный отчет о выполненной работе)

Рабочий график (план) оформляется отдельно для каждой базы практики, где ординатор проходит практику.

Шкала оценивания подготовки к промежуточной аттестации

№	Показатели оценки результатов практики	Критерии оценки	Оценка
1.	ДНЕВНИК (проверяемые компетенции УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2,	Дневник не представлен	0
		Дневник не написан	0

	ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	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: ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Оцениваются данные цифрового и текстового отчета по практике	Итоговая оценка непосредственного руководителя
3.	ХАРАКТЕРИСТИКА (проверяемые компетенции УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Оценивается профессиональная деятельность обучающегося во время практики и уровень освоения компетенций	Итоговая оценка непосредственного руководителя

Шкала и критерии оценивания практических навыков № 1

Оценка	Вид задания
	Демонстрации практических навыков при текущем контроле
Неудовлетворительно	Грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.
Удовлетворительно	Демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.
Хорошо	Демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции
Отлично	Демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.

Шкала и критерии оценивания результатов № 2

Оценка	Вид задания
	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, обоснованные ответы на все задания

Шкала и критерии оценки освоения компетенций№ 3

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и

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

4. Форма промежуточной аттестации по практике: **зачет с оценкой.**

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 3		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 4 Представление презентации клинического случая Решение ситуационной задачи	П СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5

***Оценочные средства:** СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП-дневник практики, ОП-отчет по практике, П-презентация*

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Перечень отрабатываемых практических навыков

Для подготовки к ПА № 1
Проверяемые компетенции: УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4.

1. Сбор психиатрического анамнеза
2. Сбор психотерапевтического анамнеза
3. Оценка наличия/отсутствия нарушений состояние сознания, ориентировки
4. Оценка наличия/отсутствия нарушений контакта, речи и внимания
5. Оценка наличия/отсутствия нарушений мышления
6. Оценка наличия/отсутствия нарушений ощущения и восприятия
7. Оценка наличия/отсутствия нарушений эмоциональной сферы
8. Оценка наличия/отсутствия нарушений опасных тенденций (суицидальные мысли/поведение, агрессия, аутоагрессия)
9. Оценка наличия/отсутствия нарушений памяти и интеллекта
10. Выявление в процессе обследования больных симптомов расстройств психической деятельности
11. Квалификация синдромов выявленных расстройств

12. Проведение нозологической диагностики психических больных
13. Выстраивание психогенеза невротического расстройства Формулирование психотерапевтической гипотезы
14. Составление плана клинического обследования больного
15. Составление плана медикаментозного лечения
16. Составление плана немедикаментозного лечения
17. Составление плана психотерапевтического лечения
18. Формулирование диагноза в соответствии с МКБ
19. Проведение психотерапевтической консультации
20. Составление плана проведения психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
21. Составление плана проведения психообразовательного программы для пациентов
22. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.
23. Оказание неотложной помощи при основных психических расстройствах.

Для подготовки к ПА № 2

Проверяют компетенции: УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение стандартного клинико-психопатологического обследования больного.
2. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний
3. Постановка диагноза в соответствии с МКБ.
4. Описание психический статус пациента.
5. Сбор психотерапевтического анамнеза.
6. Проведение диагностики пациента для психотерапии.
7. Выявление показаний и противопоказаний для проведения психотерапии у обследуемого пациента.
8. Назначение психотерапии.
9. Назначение психофармакотерапии в сочетании с психотерапией.
10. Работы с сопротивлением при психотерапии.
11. Работы с мотивацией при психотерапии.
12. Определение реабилитационного потенциала.
13. Отбор пациентов в групповую психотерапию.
14. Отбор пациентов на индивидуальную психотерапию.
15. Проведение психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
16. Проведение психообразовательного занятия для пациентов.
17. Проведение психотерапевтической консультации
18. Создание групповой сплоченности на групповой психотерапии.
19. Создание группового напряжения на групповой психотерапии.
20. Работа с трудными пациентами на групповой психотерапии.
21. Работа с техниками телесно-ориентированной психотерапии в групповой психотерапии.
22. Техника корригирующей рекапитуляции первичной семейной группы в групповой психотерапии.
23. Демонстрация навыка семейной психотерапии.
24. Работа с терапией средой.
25. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.

Для подготовки к ПА № 3
Проверяют компетенции УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний тревожно-депрессивного круга.
2. Назначение и выписка рецептов на лекарственные, включая препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам
3. 3.Проведение диспансеризации больных.
4. Заполнение формы направления для проведения медико-социальной экспертизы.
5. Отбор пациента для представления на заседание мультидисциплинарной команды (бригадный разбор).
6. Проведение кризисной психотерапевтической интервенции.
7. Диагностика и психотерапия пациентов с тревожными расстройствами.
8. Диагностика и психотерапия пациентов с фобическими расстройствами.
9. Диагностика и психотерапия пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами.
10. Диагностика и психотерапия пациентов с неврастенией.
11. Диагностика и психотерапия пациентов с эмоциональным выгоранием.
12. Диагностика и психотерапия пациентов депрессивными расстройствами.
13. Диагностика и психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами.
14. 14.Диагностика и психотерапия пациентов с диссоциативными и конверсионными расстройствами.
15. Диагностика и психотерапия пациентов с аддиктивным поведением.
16. Диагностика и психотерапия психических расстройств при психосоматических заболеваниях.
17. Диагностика и психотерапия психических расстройств при зависимостях.
18. Демонстрация навыка супервизии в психотерапии

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 1

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Проверяют компетенции УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10, ПК-4.

24. Сбор психиатрического анамнеза
25. Сбор психотерапевтического анамнеза
26. Оценка наличия/отсутствия нарушений состояние сознания, ориентировки
27. Оценка наличия/отсутствия нарушений контакта, речи и внимания
28. Оценка наличия/отсутствия нарушений мышления
29. Оценка наличия/отсутствия нарушений ощущения и восприятия
30. Оценка наличия/отсутствия нарушений эмоциональной сферы
31. Оценка наличия/отсутствия нарушений опасных тенденций (суицидальные мысли/поведение, агрессия, аутоагрессия)
32. Оценка наличия/отсутствия нарушений памяти и интеллекта
33. Выявление в процессе обследования больных симптомов расстройств психической деятельности
34. Квалификация синдромов выявленных расстройств
35. Проведение нозологической диагностики психических больных
36. Выстраивание психогенеза невротического расстройства

37. Формулирование психотерапевтической гипотезы
38. Составление плана клинического обследования больного
39. Составление плана медикаментозного лечения
40. Составление плана немедикаментозного лечения
41. Составление плана психотерапевтического лечения
42. Формулирование диагноза в соответствии с МКБ
43. Проведение психотерапевтической консультации
44. Составление плана проведения психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
45. Составление плана проведения психообразовательного программы для пациентов
46. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.
47. Оказание неотложной помощи при основных психических расстройствах.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

Для каждой задачи кроме ответов на вопросы необходимо подобрать код по действующей МКБ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

Вопрос:

1. Расскажите возможные варианты оказания психотерапевтической помощи. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

К врачу-психиатру-психотерапевту в поликлинике обратилась гражданка Н., 29 лет, с жалобами на «плохую память». При детальном расспросе выяснилось, что несколько дней назад Н. неожиданно оказалась на незнакомой улице. Последнее, что она помнила до этого, это то, как они с сотрудницей возвращались домой после работы. При последующем общении с Н. сотрудница рассказала, что попрощалась с ней на автобусной остановке, и та,

по ее словам, поехала «в центр за обновками». При этом никаких странностей в поведении Н. не наблюдалось.

При беседе Н. контактна, на вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Из собранного анамнеза стало известно, что бабушка Н. (по материнской линии) длительное время страдала эпилепсией, неоднократно находилась на лечении в неврологических, а концу жизни и в психиатрических стационарах. Сама Н. росла тихой, задумчивой девочкой, все свободное время предпочитала проводить дома в кругу семьи. С 25 лет отмечает появление головных болей, по поводу которых неоднократно обращалась к невропатологу. Кроме того, Н. сообщила, что в детстве, будучи в пионерском лагере, неоднократно дразнилась детьми за то, что, по их словам, «ходила по ночам». При этом утром Н. просыпалась в своей постели и ничего не помнила.

Вопросы:

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить и провести врачу?
2. Какой психопатологический синдром описан в задаче?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Свое поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейролептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

Вопросы:

1. Какие именно варианты антипсихотической терапии возможны в показаниях к лечению?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов

больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечении пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. В чем может проявляться нейролепсия и при каких препаратах?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спасаться от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.

Больной Ш., 20 лет. В течение последних 3-х лет постепенно стал меняться круг интересов, утратил прежних друзей, время проводил за чтением оккультной литературы, по ночам просматривал «мистические» видеофильмы. Постоянно рассуждал о каком-то «сатанизме» и строил малопонятные для окружающих отвлеченные философические концепции «демонического начала» мироздания. Обратил на себя внимание внешней отчужденностью и беспричинными перепадами настроения. Не мог «найти общий язык» с товарищами, держался замкнуто, в свободное время разрисовывал листы бумаги какими-то символами. Состояние особенно ухудшилось, когда на фоне нарастающей тревоги, стало казаться что «непознанные демонические силы» осуществляют «наблюдение» за ним и «считывают» его мысли. Чувствовал чей-то «преследующий взгляд», испытывал «необычные» ощущения «жжения» кожи и твердил о влиянии на него «черных ангелов». Для обследования родителями был госпитализирован в неврологическую клинику, откуда под влиянием императивных галлюцинаций сбежал, всю ночь где-то прятался, затем самостоятельно вернулся, после чего был направлен на обследование в психиатрическую клинику. При поступлении напряжен и подозрителен, свои переживания не раскрывал. Рисует абстрактно-символические картинки.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписку. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его

разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требует за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требует, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
— 40, или, может быть, 30.
— Так Вы еще молодой человек?
— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!...
— А какой сейчас у нас год?
— Наверное, 1961...
— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
— Наверное, 10.
— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
— Я дома, у себя в избе.
— Как Вас здесь кормят?
— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!..

Вопрос:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

Из беседы с пациентом: «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Семенову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра…»

Вопрос:

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кроватки, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жестикуляции и интонаций. Обычно издает только мычание,

но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопрятна при мочеиспускании и дефекации.

Вопросы:

1. Опишите основные расстройства

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14.

Больная В., 42 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные в детстве заболевания не помнит. Окончила 8 классов, работала в колхозе. В 29 лет перенесла черепно-мозговую травму, после которой около года не могла говорить. В дальнейшем начала ухудшаться память: забывала о назначенной встрече, дни рождения родственников и т.д. У больной появилось слабодушие, нередко беспричинно плакала, перестала понимать шутки и анекдоты. Кроме того, стала быстро уставать при физической нагрузке, плохо адаптироваться к новой обстановке. Трижды находилась на лечении в психиатрическом стационаре, последний раз с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием».

При обследовании больной отмечалось расширение зон и оживление сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга. Поведение адинамичное: подолгу лежит на кровати или бесцельно смотрит в окно. Настроение неустойчивое, легко переходит от слез к улыбке и наоборот. Контакту доступна. Имя и фамилию называет правильно, но считает, что находится в обыкновенной больнице по поводу простудного заболевания. С трудом ориентируется во времени. Анамнестические сведения давала скудные. Не помнит жизненно важных событий, возраста своих детей. Интеллект снижен. С трудом и ошибками проводит элементарные счетные операции, не понимает переносный смысл пословиц.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15.

Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие, имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующим беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался.

Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности».

Вопрос:

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16.

Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17.

Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписку. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18.

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых

глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т.п.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19.

В психиатрическое отделение была доставлена гражданка В., 27 лет, после того как она пыталась выброситься из окна. Позже С. объяснила свой поступок тем, что это не она стремилась совершить суицидную попытку, а ее «принуждали» к этому: «двигали» ее ногами, «открывали» окно ее руками и ее «действиями» хотели ее выбросить. Кроме того, С. заявила, что ей «подсовывают» мысли в голову, «управляют» ее настроением, чувствами тепла и холода, голода и сытости и т.д. Помимо этого в голове «звучат» голоса, чаще неопределенного характера, которые комментируют все ее действия. Больная уверена, что эти голоса – тоже «дело рук» тех, кто так ловко ею «манипулирует», «они» ее полностью подчинили и теперь «используют» в своих целях. С. также утверждает, что обладает способностью узнавать мысли окружающих, правда и сама она полностью «открыта», поэтому ее мысли известны всем вокруг.

В анамнезе у больной неоднократные обращения к психиатру по поводу обсессивно-фобического невроза. Кроме того, отец С. стоял на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «патологическое развитие личности», поставленном ему при комиссации из рядов ВС в период прохождения срочной службы.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20.

Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая…Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Вопросы**:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21.

Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

1. Клинические симптомы и синдромы опишите

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать, рычит, пытается ухватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он «изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки на ветку». Оставленный без присмотра ведет себя непредсказуемым образом: может сдернуть с больного одеяло, разбить окно; однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно выражается (но тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!». Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

Больная Г., 51 г., обратилась в клинику психиатрии с жалобами на «потерю интереса к жизни», нарушение сна, «нежелание, что-либо делать», особенно в первой половине дня.

Заболела пять месяцев назад, когда после перенесенного стресса на работе у больной появились вышеперечисленные жалобы, лечилась амбулаторно, выраженного клинического эффекта не наблюдалось.

Наследственность психопатологически не отягощена, является единственным ребенком в семье, родилась от нормальной беременности и родов. Окончила школу, педагогический институт, работает по специальности – учителем начальных классов в гимназии. Замужем, отношения в семье ровные, имеет двух дочерей – 21 и 25 лет.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная не проявляет заинтересованности в беседе, речь замедленная, больная немногословна. Расстройств восприятия нет, мышление последовательное с выраженным замедлением темпа

ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет, суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 октября 2022 г. № 668н «Правила организации деятельности психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)»

Вопрос:

1. Для обеспечения функций психоневрологического диспансера по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях рекомендуется предусматривать в его структуре какие подразделения?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 2

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Проверяют компетенции: УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение стандартного клинико-психопатологического обследования больного.
2. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний
3. Постановка диагноза в соответствии с МКБ.
4. Описание психический статус пациента.
5. Сбор психотерапевтического анамнеза.
6. Проведение диагностики пациента для психотерапии.
7. Выявление показаний и противопоказаний для проведения психотерапии у обследуемого пациента.
8. Назначение психотерапии.
9. Назначение психофармакотерапии в сочетании с психотерапией.
10. Работы с сопротивлением при психотерапии.
11. Работы с мотивацией при психотерапии.
12. Определение реабилитационного потенциала.
13. Отбор пациентов в групповую психотерапию.
14. Отбор пациентов на индивидуальную психотерапию.
15. Проведение психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
16. Проведение психообразовательного занятия для пациентов.
17. Проведение психотерапевтической консультации
18. Создание групповой сплоченности на групповой психотерапии.
19. Создание группового напряжения на групповой психотерапии.
20. Работа с трудными пациентами на групповой психотерапии.
21. Работа с техниками телесно-ориентированной психотерапии в групповой психотерапии.

22. Техника корригирующей рекапитуляции первичной семейной группы в групповой психотерапии.
23. Демонстрация навыка семейной психотерапии.
24. Работа с терапией средой.
25. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяют компетенции УК-1.; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.2. -8.3.; ОПК-9.2; ОПК-10; ПК-4; ПК-5

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Больной 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала

спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие законодательные акты регулируют права пациента 2) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент и в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

2. Больная Ш., 20 лет обратилась с жалобами на нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, чувство собственной неполноценности, острое чувство одиночества, невозможность наладить отношения с окружающими из-за страха быть осмеянной, неприязнь к себе, раздражительность, вспыльчивость, тяжесть в голове, эпигастральной области, периодически возникающую тошноту, ухудшение памяти.

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье из двух детей, младшей сестре 16 лет. Беременность и роды матери проходили без особенностей. Со слов больной наследственность психопатологически не отягощена. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. Воспитывалась родителями. В школу пошла 7 лет, училась хорошо, окончила 11 классов, затем, поступила в университет.

Больная сформировалась замкнутой, пугливой и мнительной. Из-за косметического дефекта носа в школьные годы подвергалась травле со стороны сверстников. Сменила много школ по причине частых переездов, связанных со службой отца. В каждой новой школе больная самостоятельно стала занимать избегающую позицию, отгораживаться от социума, и в то же время она остро чувствовала необходимость в общении, участии в общественной жизни, сильным желанием больной было занять место лидера. Все время много читала, пыталась анализировать героев, старалась вынести полезное для себя, чтение приносило определенное облегчение. Родителям больная свои переживания не раскрывала по причине малого взаимопонимания.

Во время обучения в университете стала еще больше чувствовать страх перед общением с окружающими, страх быть осмеянной из-за собственной некрасивости, который стремилась подавить, разобраться в его причинах. Мысли покончить с собой появились около 3 лет назад, но, как отмечает больная, нежелание причинить боль родителям останавливает ее. В последнее время чувство собственной некрасивости, страх быть осмеянной, страх общения с окружающими достиг такого уровня, что больная не смогла ответить на простые вопросы на последнем экзамене. В связи с ухудшением состояния больная приняла решение госпитализироваться в психиатрическую клинику.

Психопатологический статус: сознание не нарушено, ориентирована верно, поведение упорядоченное. В беседу вступает легко, правильно отвечает на вопросы. Речь выразительная, хорошо модулированная, мимика живая, соответствовала переживаниям больной. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление последовательное, несколько замедленное, без структурных нарушений. Суждения глубокие. Обманов восприятия и бреда не выявляет. Настроение снижено, эмоциональный фон неустойчивый, тревожна. Двигательных нарушений нет.

Вопрос:

1. Определите психопатологический синдром, имеющиеся у больной
2. Назовите психотерапевтические и социо-психологические аспекты в терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

Больная Б., 21 года, обратилась с жалобами на «страх потерять контроль над физиологическими функциями – страх потерять контроль над мочеиспусканием в присутствии других людей», сопровождающийся чувством жара, зудом в области гениталий, невозможностью сосредоточиться, повышенную утомляемость, нарушение сна.

Родилась младшим ребенком в семье из двоих детей. Родители здоровы. В 5-летнем возрасте на фоне гриппа с высокой температурой был однократно развернутый судорожный припадок. В школу пошла в возрасте 6-и лет, училась хорошо, по окончании школы поступила в техникум, в настоящее время обучается на втором курсе.

По характеру вспыльчивая, долго отходит, если ее кто-нибудь разозлит. Общительная, эмоциональная, тепло относится родителям, сестре. Изменений в характере, интересах, привязанностях не отмечает.

Причиной болезни считает события детства, когда в детском саду заставляли ложиться спать, не пускали в туалет. В возрасте 6-и лет был период, когда все время хотелось помочиться, не могла ездить в транспорте. Это состояние длилось около месяца, прошло без лечения. В последующем признаки заболевания не отмечались. Полгода назад, когда в течение нескольких часов не имела возможности зайти в туалет, помочилась в парадной. После этого вспомнила, что с ней было в детстве, и появился навязчивый страх, что захочет в туалет в неподходящем месте и не сможет помочиться. Стала перед уходом из дома по несколько раз забегать в туалет, не смогла ездить в транспорте. А в последнее время не смогла сидеть на занятиях, все время выбегает в туалет, не может сосредоточиться. Не может себя контролировать, появляется паника, представляет, что с ней может произойти, трясется от страха, бросает то в жар, то в холод.

Летом занималась с психотерапевтом в течение 3-х месяцев без эффекта, принимала грандаксин. В компании с друзьями, на дискотеках, дома проблем этих нет – страх возникает тогда, когда нет возможности свободно зайти в туалет.

Психическое состояние: все виды ориентировки сохранены, контактна, настроение умеренно снижено. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, фиксирована на мысли потерять контроль над мочеиспусканием. Суицидальных мыслей нет.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. В психодинамическом подходе тактика психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Больной Н., 24 года. Многочисленные жалобы на головную боль, тошноту, плохой сон, слабость. Кроме того, Н. заявил, что ему «кажется» возможность развития у него инфаркта или инсульта, как было у его бабушки в 72 года. При последующих многочисленных амбулаторных и стационарных обследованиях никакой соматической патологии выявлено не было. В процессе общения с Н. выяснилось, что он с детства отличался застенчивостью, склонностью к тревожным опасениям, повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, боязливостью. Рос и воспитывался единственным ребенком в семье педагогов. С детства был окружен вниманием и заботой. Никаких серьезных психотравмирующих событий в памяти не отложилось. Вспоминает, что долгое время боялся темноты, опасался незнакомых людей, новых впечатлений. С детства верил в различного рода приметы, например, чтобы избежать плохой отметки, в школу ходил только определенной дорогой, по лестнице поднимался, переступая через ступеньку, во время экзамена всегда брал билет левой рукой и т.п. Всегда был склонен к сомнениям в правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив

ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Тип конфликта по В.Н. Мясищему

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

Больной И., 30 лет, капитан 3 ранга. Из анамнеза: Воспитывался в условиях гиперопеки, в детстве часто болел простудными заболеваниями. В возрасте 4-7 лет наблюдались умеренные явления логоневроза. Сформировался мнительным, впечатлительным. Во время учебы в Нахимовском училище неоднократно перед экзаменами «испытывал сильное волнение, сопровождавшееся выраженным мышечным тремором». После военно-морского училища проходил службу на различных должностях, по службе продвигался успешно, однако «всегда тяжело переживал конфликтные ситуации». За 4 года до обращения в клинику стал невольным свидетелем смерти родственника жены от сердечного приступа, неожиданно потерял сознание. Скорой помощью был госпитализирован в городскую больницу с подозрением на инфаркт миокарда, но диагноз при обследовании не подтвердился. С этого времени периодически возникали «приступы», во время которых чувствовал резкую слабость в нижних конечностях, нехватку воздуха, головокружение. Периодически стал отмечать головные боли, разнообразные мигрирующие болезненные ощущения в различных частях тела, диарею, чувство сердцебиения, нарушения сна. В начале заболевания «приступы» провоцировались отрицательными эмоциональными переживаниями, в дальнейшем стали возникать под действием нейтральных раздражителей. Постепенно «приступы» учащались, стали возникать по несколько раз в день. Появилось «ожидание и страх возникновения этих состояний». Больной перестал пользоваться метро, старался раньше уйти с работы. В связи с болезненными проявлениями ухудшились взаимоотношения в коллективе, часто стали возникать конфликты с командованием, испытывал трудности в исполнении своих служебных обязанностей, снизилась работоспособность. Во время госпитализации заявил, что тяготится службой, был настроен на увольнение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы способствовали развитию болезни?
3. При каких условиях, на Ваш взгляд, может произойти значительное улучшение в течении заболевания с позиций КПТ?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла

замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсикоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.

Больная П., 1954 г.р. Поступила с жалобами на внутреннюю тревогу, плаксивость, страх за сыновей, мужа, «ком в глотке, сдавливающий обруч на голове», раздражительность, нарушение засыпания, снижение аппетита, несобранность, рассеянность, трудность сосредоточиться, чувство брошенности.

Считает себя больной с начала прошлого года. В новогоднюю ночь старший сын знакомится с замужней женщиной, имеющей дочь, добивается ее развода, переезжает в ее квартиру и сожительствует с ней. Больная впервые видит сожительницу сына, когда та приходит к ним домой с известием об аппендектомии сына, с этого момента больная начинает активно противодействовать намечающемуся союзу, но безуспешно – «подрывается здоровье». В начале стала беспокоить тревога за сына и трудности с засыпанием – «рой мыслей не дает уснуть», затем «апатия – ничего не хочется делать», появляется чувство «кома в глотке, сдавливающего обруча на голове». В конце весны решила себя «подстегнуть» – приняла контрастный душ, цели не достигла, но сильно простудилась. Начала ходить по врачам, стала очень мнительной – прислушивалась ко всем услышанным ею случайно словам, даже не в ее адрес, переносить на себя, давать негативную оценку, но при соответствующем разъяснении, разубеждении с аргументацией соглашалась и начинала с критикой относиться к своим недавним переживаниям. Проходила лечение противотревожными средствами и гипносуггестивной терапией у психотерапевта по поводу невротического состояния, но с непродолжительным успехом. В мае-июне появились панические атаки, которые в июле «сменились какой-то тревожной рассеянностью». В последнее время появилась слезливость.

Состояние ухудшалось с каждой новой психотравмой: «сын ушел к женщине, решил жениться на ней, у нее дурная дочка – все время орет, у нее припадки, она заставляет его бросить училище, он подал заявление на отчисление, у него нет работы, скоро свадьба». Особо тяжело больная переносит собственное одиночество: «чувство опустошенности, страх этой пустоты – была всем нужна, а теперь муж по командировкам, младший в училище, старший женится – я никому не нужна». За день до свадьбы старшего сына в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в психиатрическую клинику.

На момент поступления психопатологическая симптоматика имела следующие особенности: легко вступала в беседу, говорила сквозь слезы, с трудом концентрировалась на задаваемых вопросах, жалобы формулировала с большим трудом, постоянно переходила на психотравмирующие моменты, искала поддержку, в поведении была упорядочена, быстро вписалась в режим отделения, без нарушений сознания, с сохраненной ориентировкой, без грубых интеллектуально-мнестических нарушений, обманов восприятия, структурных и продуктивных расстройств мышления, двигательных расстройств. Аффективные нарушения определялись пониженным настроением, без суточных колебаний, с тревогой, страхом за сына, мужа. Засыпала с трудом. Аппетит был снижен. Без суицидальных тенденций. К своему состоянию относилась с эгоцентрической критикой.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больного?
2. Экзистенциальные возможные проблемы пациентки?
3. Предложите метод психотерапевтического лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Пациент Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой вариант групповой терапии можно предложить пациенту

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больного?
2. Возможный формат психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

К психиатру в поликлинике обратилась женщина, желая проконсультироваться по поводу «ненормальности» поведения своего мужа 36 лет. Она сообщила, что ее супруг чрезмерно чувствителен к удовлетворению своих притязаний, всегда ведет себя так, как будто во всем превосходит окружающих, «его дела», вне зависимости от того, чем он занят, всегда первостепенной важности, причем малейшее сделанное им дело представляет «огромным трудом», а выявление любых самых распространенных нарушений или несправедливостей в жизни считает потрясающим разоблачением. По рассказам матери мужа, он с детства претендовал на исключительное положение, на то, чтобы все делали так, как он считает нужным. В школе имел кличку «одержимый». Всегда был чрезмерно самоуверен, стремился к лидерству, однако сплачивал вокруг себя обычно людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств, удовлетворения своих требований озлобляется, начинает всюду видеть врагов и завистников, злонамеренные козни против него. Подозрителен, все время искажает совершенно нейтральные или даже дружеские действия других, представляя их как злонамеренные или как проявления пренебрежения к нему. Отстаивает свои «права» в любой ситуации, даже если результат будет заведомо «плачевен». При этом «безумно» ревнив, считая, что супруга может изменить ему, т.к. тоже завидует его «талантам», «потрясающим» способностям и т.д.

Вопросы:

1. Опишите клинические признаки психопатологического состояния
2. Ваш диагноз?

3.Показания к психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

К Вам обратилась женщина с заказом на семейную психотерапию. Предъявляет жалобы на головные боли, возникающие после конфликтов с мужем. До этого обследовалась, органических заболеваний не выявлено. Муж соглашается присутствовать на семейных встречах, но повода для собственных личностных изменений не видит.

Вопрос:

1.В данном случае возможно проведение какой терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

К психиатру в поликлинике обратилась женщина, желая проконсультироваться по поводу «ненормальности» поведения своего мужа 36 лет. Она сообщила, что ее супруг чрезмерно

чувствителен к удовлетворению своих притязаний, всегда ведет себя так, как будто во всем превосходит окружающих, «его дела», вне зависимости от того, чем он занят, всегда первостепенной важности, причем малейшее сделанное им дело представляет «огромным трудом», а выявление любых самых распространенных нарушений или несправедливостей в жизни считает потрясающим разоблачением. По рассказам матери мужа, он с детства претендовал на исключительное положение, на то, чтобы все делали так, как он считает нужным. В школе имел кличку «одержимый». Всегда был чрезмерно самоуверен, стремился к лидерству, однако сплачивал вокруг себя обычно людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств, удовлетворения своих требований озлобляется, начинает всюду видеть врагов и завистников, злонамеренные козни против него. Подозрителен, все время искажает совершенно нейтральные или даже дружеские действия других, представляя их как злонамеренные или как проявления пренебрежения к нему. Отстаивает свои «права» в любой ситуации, даже если результат будет заведомо «плачевен». При этом «безумно» ревнив, считая, что супруга может изменить ему, т.к. тоже завидует его «талантам», «потрясающим» способностям и т.д.
Вопросы:
1.Опишите клинические признаки психопатологического состояния
2.Ваш диагноз?
3.Предложите метод психотерапевтического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.
У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.
Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интереса ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.
Вопрос:
1.Ваш диагноз?
2.Предложите метод психотерапевтического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

Больной А., 45 лет, обратился за помощью в психиатрическую клинику. Жалобы при поступлении на чрезмерное злоупотребление алкоголем, явления похмелья в утренние часы с рвотой и головной болью, отсутствие аппетита, тягу к алкоголю, быструю утомляемость, низкую работоспособность, ухудшение памяти, бессонницу, сниженное настроение, потерю интереса к окружающей жизни, тревожность, дрожание рук, боль в области сердца, периодическую опоясывающую боль, боль и онемение в области голеней.

Со слов больного и его матери наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без особенностей. Предпочитал находиться в центре внимания сверстников. Был склонен к лживости, фантазированию. После средней школы продолжил образование в ПТУ. Работал слесарем. В 19 лет был призван на военную службу. К службе адаптировался легко, имел поощрения от командования. После службы поступил в технический ВУЗ. Учился средне. По окончании ВУЗа работал по специальности. Отношения с начальством на последнем месте работы характеризует как конфликтные, однако на работе было много друзей, которые «сочувствовали и были на его стороне». После с работы занимался мелким бизнесом, несколько раз менял место работы, зарабатывал извозом на личном автомобиле. Последние полгода практически не работает. Около года назад в пьяном виде попал в автокатастрофу. От механической травмы пострадал правый глаз с ослаблением зрения. Проживает в пригороде Санкт-Петербурга в 2-х комнатной квартире. Женат. Отношения с женой конфликтные, «на грани развода». Около года жил с другой женщиной, после ссоры с которой, «вернулся в семью». Имеет двух дочерей. Со старшей дочерью, которая проживает отдельно, отношения также конфликтные. С младшей дочерью пятнадцати лет, отношения хорошие.

Злоупотребляет алкоголем в течение последних 10-15 лет. Из-за пьянства понижался в должности, имел дисциплинарные взыскания. В возрасте 35 лет привлекался к суду чести за нарушение дисциплины и этических норм поведения. Дома в пьяном виде угрожал жене побоями. Жена неоднократно ночевала у соседей. Потом плакал, просил прощения, обещал, что «больше такого не повторится». Шантажировал самоубийством. Пьянство носило практически ежедневный характер. Вместе с тем, после очередного конфликта в семье и на работе самостоятельно прекратил употребление алкоголя. Период трезвости продолжался три года. В дальнейшем возобновил алкоголизацию. Неоднократно лечился амбулаторно у частных врачей. Ремиссии до 3 месяцев. Последний год алкоголь употреблял ежедневно до 0,5 л водки. После автомобильной аварии алкоголизация резко усилилась. Последнее употребление – за два дня до осмотра.

При осмотре: лицо гиперемировано, сосуды склер инъецированы. Отмечаются повышенная потливость, крупноразмашистый тремор. Пульс 94 удара в мин., АД 180/110, выслушивается акцент второго тона на аорте. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 1,5-2 см из-под реберной дуги. На УЗИ определяется изменение плотности печеночной ткани, признаки отека поджелудочной железы. Анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Больной тревожен. Настроение резко снижено. Мышление вязкое, с ипохондрической фиксацией на соматическом состоянии. Высказывает идеи опасения за свою жизнь. Неохотно и формально отвечает на вопросы, касающиеся личной жизни.

В течение первой недели стационарного лечения состояние значительно улучшилось, нормализовались ночной сон, аппетит, настроение. Время проводит среди больных. Общителен, деятелен. Опрятно одет. В беседе подробно и охотно рассказывает о себе. Речь цветистая. Свою жизнь представляет как «цепь нереализованных возможностей», а себя как «жертву обстоятельств и непонимания», «борца за правду». Ищет сочувствия к

себе: «Кому нужен слепой инвалид?». Во всех житейских ситуациях обвиняет окружающих. В поведении демонстративен. Особо обращает внимание высказываниями произнесенными «вскользь», о работе на «секретных объектах», что не подтверждается женой и матерью. Установка на прекращение алкоголизации формальная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Предложите метод психотерапевтического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14.

Больная Т, 44 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, повышенную напряженность, чувство внутренней напряженности, ощущение кома в горле, головокружение, головную боль, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в неполной семье (мать умерла вскоре после рождения больной), второй ребенок. Закончила 11 классов, затем техникум (бухгалтер). Замужем. По характеру «жесткая, склонная переживать «все в себе». Последние несколько лет менструации носят нерегулярный характер, с отсутствием их до 2-3 месяцев. Причиной своего состояния считает ряд последовательных психотравмирующих ситуаций в течение последних двух лет – смерть отца, брата, свекрови. В октябре прошлого года в результате автокатастрофы во время служебной поездки погибла ее сотрудница, временно заменявшая больную. Была потрясена случившемся; осознанием того, что это она должна была находиться в этой машине. Вскоре развился страх перед служебными поездками, возникали навязчивые мысли о возможной автокатастрофе и т.д. Снизилось настроение, нарушился сон, преимущественно за счет длительного засыпания. Вскоре стало возникать ощущение удушья, появились мысли по поводу возможного соматического заболевания. Стала развиваться вторичная ипохондрическая фиксация. По этому поводу обращалась к эндокринологу, ЛОР-специалисту. Снижение настроения приняло стойкий характер.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без актуальной патологии. АД 100/60 мм рт ст. Пульс 82 в мин, ритмичный. Нервная система - без очаговой симптоматики. Сознание не помрачено, бреда, обманов восприятия нет. Настроение снижено, эмоционально лабильна. Фиксирована на своем состоянии, соматических заболеваниях. Выявляется астеническая симптоматика.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях от 08.02.99: определяется выпрямление лордоза, правосторонний сколиоз, умеренно выраженные явления деформирующего спондилеза и остеохондроза (L5 -S 1).

Вопрос:

1.Ваш диагноз?

2.Предложите метод психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15.

Больная М, 33 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, частые головные боли, повышенную отвлекаемость внимания, бессонницу.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. До 25 лет считает себя «практически здоровой». После окончания училища работала кассиром, продавцом. Характеризует себя как общительную и «ужасно мнительную». Замужем с 20-ти лет, имеет сына 12-ти лет. Отношения в семье характеризует как удовлетворительные. Примерно 8 лет назад неожиданно «стало плохо» - почувствовала общую слабость, «дурноту», появились тревога, внутреннее беспокойство. Второй раз подобный эпизод произошел через год, во время поездки в поезде. Появились навязчивые

опасения по поводу своего здоровья, боязнь повторного «приступа» и т.п.: лет назад без видимых причин, возникли головные боли распирающего характера, которые могут длится от нескольких часов до нескольких суток. Периодичности в их возникновении не отмечает. В промежутках между болями - «ощущение несвежести в голове». На этом фоне усилились навязчивые опасения, появился «страх смерти» - «лопнет какой-нибудь сосуд», периодически стали возникать состояния внутреннего беспокойства, тревоги, сопровождающихся одышкой, сердцебиением, слабостью. Стала бояться поездок в общественном транспорте, особенно в метро, а также оставаться одной. В последнее время к имеющейся симптоматике присоединились периодически возникающие головокружения, забывчивость, нарушения сна. Самостоятельно приняла решение о необходимости госпитализации.

Вопросы:

1.Ваш диагноз?
2.Ведущий синдром?
3.Методы лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16.

Больная П, 38 лет. При поступлении жалобы на неустойчивость настроения, повышенную утомляемость, головокружение, головную боль, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Ранее развитие без особенностей. В детстве часто болела простудными заболеваниями, была диагностирована хроническая пневмония. По характеру сформировалась трудолюбивой, экставертированной, несколько мнительной. В настоящее время – финансовый директор фирмы. До недавнего времени состояла в гражданском браке, один ребенок (дочь, 8 лет). Проживает в отдельной квартире вместе с матерью. Основная финансовая нагрузка по содержанию семьи и забота о воспитании ребенка приходится на нее. На этом фоне в течение последних двух лет ухудшились отношения с мужем. Около полугода назад резко возросли нагрузки на работе. Переживала за судьбу фирмы, появились навязчивые мысли о неблагополучном исходе, нарушения сна, головные боли, неустойчивость настроения. Была крайне задета равнодушием мужа к ее проблемам, что послужило «последней каплей». Около 3 месяцев назад предложила мужу оставить семью. Тот однозначного ответа на давал. Несмотря на нейтрализацию ситуации на работе, состояние продолжало ухудшаться. Обратила внимание на появление, несвойственной ей ранее, раздражительности, вспыльчивости. Стала «срываться» на дочери, матери.

Психический статус: сознание не помрачено. Бреда, обманов восприятия нет. Ориентирована правильно. Выглядит уставшей, несколько подавленной. Настроение неустойчивое, эмоционально лабильна. К своему состоянию критична, расценивает его как следствие «общей усталости». Целью госпитализации считает «отдохнуть и восстановить свои силы». Интеллектуально-мнестических нарушений нет. Выявляются умеренные явления астении в виде повышенной утомляемости, вегетативной лабильности (гипергидроз ладоней, колебания АД). Настроена на лечение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Предложите метод психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17.

Пациентка Д., 28 лет, обратилась по поводу приступов головокружения, тошноты, учащенного сердцебиения при эмоциональном напряжении. При обследовании у терапевта - патологии не выявлено. Данные симптомы беспокоят в течение последних двух лет, связывает их с отношениями с любимым человеком - В., проживающим в Англии. Сама

замужем, муж знает об этих отношениях, но все прощает жене, лишь бы она от него не ушла. Она за это презирает его, говорит, что он не мужчина, однако не может жить самостоятельно, так как нигде не работает, «не позволяет здоровье». Имеет высшее неоконченное образование, обучалась в педагогическом университете.
Воспитывалась в основном папой, который во всем потакал дочери. Регулярно, каждую неделю, общается с В. по скайпу. Однако понимает, что она у него не одна, но уверена, что, если она к нему приедет, все будет по-другому. Сообщила вскользь, что он употребляет наркотики, но при вопросах об этом - отводит глаза, переходит на другую тему.
Характеризует себя только с положительной стороны, однако периодически в беседе звучат мысли о собственной неполноценности, необходимости что-то менять. При этом любит говорить о своей исключительности и стремлении к совершенству, хотя понимает, что это не совсем правильно. Имеет красивую, грамотную речь, обаятельна. Мечтает написать книгу о своих переживаниях к В., и приехать к нему.
Вопросы:

1. Укажите расстройство
2. Предложите метод психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18.

Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул - «женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками. Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Сунцидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы.
Вопросы:

1.Укажите расстройство
2.Варианты психотерапевтической тактики?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19.

Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.
Вопросы:

1.Ваш диагноз?
2.Тактика терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20.

Клинический случай. Пациент 31 год. Обратился с жалобами на навязчивые действия и мысли (частое мытье рук счет, повторение определенных фраз и мыслей в голове), возникающие в ситуациях психоэмоционального напряжения.

Из анамнеза: Воспитывался в полной семье, наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. ДДУ не посещал. По характеру: мягкий, мнительный, тревожный, сомневающийся в своих силах. Со стороны отца периодически испытывал давление, со стороны матери - гиперопеку. Получил высшее образование в ВУЗе, рекомендованном родителями. Профессиональное направление выбрал вопреки собственному желанию. Учился хорошо, но искреннего интереса к будущей профессии не испытывал. При первичном трудоустройстве потерпел неудачу, после чего возникли первые симптомы заболевания. По рекомендации невролога в течение двух месяцев посещал групповые занятия с целью овладения навыками саморегуляции и релаксации, после чего состояние стабилизировалось. Устроился на работу по специальности в одну из крупных компаний. Зарекомендовал себя с положительной стороны. В рамках перспективы карьерного роста получил предложение о переводе в головной офис (г. Москва). После переезда и выхода на новое место работы отметил ухудшение состояния: возобновились множественные жалобы, снизилась работоспособность, ухудшился сон, в связи с чем обратился за профессиональной помощью.

Вопросы:

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21.

Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним - не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепама, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повториться. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

Вопросы:

1. Назовите расстройство, механизм его возникновения
2. Метод психотерапевтической работы?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек,

провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспосабливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Метод психотерапии?
3. Психотерапевтические мишени?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

Пациентка В.С.Д., 41 год, педагог. Беспокоят головный боли, после эмоционального напряжения, шумы в ушах, и гул по всему телу в течении последних 5 лет. Боится заболеть раком. По характеру тревожная, воспитывалась одной матерью, в условиях повышенной ответственности и эмоциональной холодности. В настоящий момент проживает одна, «мужчинами не складывается», по этому поводу очень переживает. На МРТ головного мозга - начальные признаки гипертрофии. Невролог не выявил выраженной патологии, сказал, что беспокоиться нет причин. Назначил циннаризин, мексидол и рекомендовал обратиться к психиатру. Препараты помогли, но ненадолго, пока принимала лекарства. Психиатр рекомендовал фенозепам, по пол-таблетки 2 раза в день. Обьяснил, что не надо переживать по пустякам и нервничать.

Однако патологические ощущения также появлялись сразу после прегрешения медикаментозной терапии.

Вопросы:

1. Назовите расстройство?
2. Определите механизм возникновения симптомов
3. Подберите метод психотерапии
4. Составьте план психотерапевтической работы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

К врачу части обратились родители подростка 15 лет. Они рассказали, что последнее время их сын стал «совсем другим», резко ухудшилась успеваемость, из дома стали пропадать деньги и ценные вещи. Нередко он приходит домой «явно навеселе», однако алкоголем от него совершенно не пахнет. По телефону ведет «непонятные» разговоры, в которых то и дело проскальзывают слова: «черное», «дурь», «кураж», «банг». Изменился даже внешний облик: ходит сутулясь, прячет глаза, стал носить одежду с длинными рукавами даже в жаркую погоду. Появилось множество новых, «не внушающих доверие», знакомых, которые постоянно звонят, ищут сына. Несколько раз не приходил домой ночевать, на замечания в свой адрес реагирует бурными эмоциональными вспышками. Иногда по ночам из комнаты сына доносятся приглушенные стоны, всхлипывания, скрежетание зубами и тихая ругань. На все вопросы родителей раздражительно отвечает: «Оставьте меня в покое!», или хватает телефон и пытается найти какого-то «Виктора», унизительно просит у него прощение, умоляет что-то «одолжить в последний раз». На контакт с родителями не идет, замыкается в себе или уходит из дома.

Вопросы:

1. Супруги спрашивают, что может быть с их сыном?

2. Какой предварительный диагноз можно предположить?
3. Психотерапевтические подходы? Психотерапевтические мишени?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25.

В психиатрическую клинику на стационарное освидетельствование поступил гражданин Р., 18 лет, направленный психиатром призывной комиссии военного комиссариата при проведении обследования лицам призывного возраста, призванным в Вооруженные Силы. Из сопроводительной медицинской карты известно, что родился в срок, в возрасте 1, 5 года перенес корь, осложнившуюся энцефалитом, в 7 лет дважды переболел пневмонией, в 15 лет – закрытый перелом костей предплечья. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошел с 9 лет, окончил 3 класса «на одни тройки», в дальнейшем нигде не учился, «помогал дома по хозяйству». На осмотре сидит, низко свесив голову, голос тихий, слабо модулированный, речь примитивная, изобилует штампами. Конкретно-образное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Запас общеобразовательных знаний крайне мал, не знает таблицу умножений, основные исторические даты. Интеллект низкий, пословицы и поговорки понимает буквально, не может отличить главный смысл от второстепенного. В суждениях прямолинеен, умозаключения непродуманны, по-детски наивны. Немного обучаем, способен механически запомнить 5 из 10 названных слов, однако при выполнении методики «Исключение предметов» выбирает объект только по конкретным признакам (например, при предоставлении сапога, ботинка, тапочка и перчатки исключает сапог, потому что «он больше»). При тестировании с помощью методики Равена IQ получил 62 балла. В целом, умственное развитие соответствует 10-11 летнему подростку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?
3. Тактика лечения и реабилитации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26.

У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.

Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении

держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интереса ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.
Вопрос:
1.Возможная тактика врача-психотерапевта?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 3

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Проверяют компетенции УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний тревожно-депрессивного круга.
2. Назначение и выписка рецептов на лекарственные, включая препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам
3. Проведение диспансеризации больных.
4. Заполнение формы направления для проведения медико-социальной экспертизы.
5. Отбор пациента для представления на заседание мультидисциплинарной команды (бригадный разбор).
6. Проведение кризисной психотерапевтической интервенции.
7. Диагностика и психотерапия пациентов с тревожными расстройствами.
8. Диагностика и психотерапия пациентов с фобическими расстройствами.
9. Диагностика и психотерапия пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами.
10. Диагностика и психотерапия пациентов с неврастенией.
11. Диагностика и психотерапия пациентов с эмоциональным выгоранием.
12. Диагностика и психотерапия пациентов депрессивными расстройствами.
13. Диагностика и психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами.
14. Диагностика и психотерапия пациентов с диссоциативными и конверсионными расстройствами.
15. Диагностика и психотерапия пациентов с аддиктивным поведением.
16. Диагностика и психотерапия психических расстройств при психосоматических заболеваниях.
17. Диагностика и психотерапия психических расстройств при зависимостях.
18. Демонстрация навыка супервизии в психотерапии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяют компетенции УК-1.; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.2. -8.3.; ОПК-9.2; ОПК-10; ПК-4; ПК-5

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух

дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупо, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: 1. Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Пациент 36 лет пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

К врачу общей практики обратился больной Ч., 42 года, с просьбой помочь ему найти квалифицированных дерматовенерологов. При беседе выяснилось, что несколько месяцев назад Ч. после интимной связи с соседкой обнаружил у себя на предплечье два «волдырика». Так как соседка ревновала его к прежней сожительнице, Ч. решил, что она специально укусила во сне, а затем место укуса чем-то смазала, чтобы заразить его венерической болезнью. В последствии стал «находить» у себя признаки этой «страшной болезни» – бронхит, частый насморк, изжогу, кашель, отделение мокроты. Неоднократно посещал различные венерологические диспансеры с требованием самого тщательного обследования на предмет наличия у него вензаболевания. Получая отрицательные результаты лабораторных исследований и заключения врачей об отсутствии у него какой-либо

патологии, не верил этому, игнорировал их, оставаясь глубоко убежденным в наличии у него венерического заболевания.

Из анамнеза известно, что мать пациента страдала биполярным аффективным расстройством, сам Ч. длительное время занимался рукопашным боем, неоднократно получал травмы головы. В настоящее время страдает ишемической болезнью сердца, компенсированным сахарным диабетом II типа (подтверждено медицинскими документами).

В беседе обстоятелен, скрупулезен даже в малозначительных деталях. Настаивает на том, чтобы врач «свел» его с «нормальными специалистами» в Москве или С.-Петербурге, при этом разговаривает эмоционально, одержимый решительностью избавиться от «недуга».

Вопрос:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Вариант психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Больная 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни.

Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу исследования проявляется утомление. Аттентивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления. Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.

Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 - летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере

педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1, 5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность - справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошённостью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к

психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «…нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингиальных, патологических знаков нет.

Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой

и дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем - заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительство в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта; боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовых затруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени наросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже

слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс - 79 уд/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоид, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключения специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с наклонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцированна, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ - регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Пациент А. 36 лет поступил в Отделение неврозов Института Бехтерева со повышенной тревожностью, нарушенным сном, страхом сердечного удара и смерти.

Из анамнеза жизни: Женат, есть сын 8 лет, работает ведущим инженером на заводе. По характер мягкий, исполнительный, трудолюбивый.

Хронических и острых клинически значимых соматических заболеваний нет. В поле зрения психиатров не был.

Летом приходит постановление от Министерства о предстоящей ревизии в Кисловодск, куда пациента командируют с целью ревизии и сокращения штата по результатам проверки.

Накануне командировки пациент провел беспокойную, бессонную ночь. Отправился на поезде, где было душно, не смог спать. По приезду в указанный город почувствовал слабость, головокружение. Отправляясь в снятое общежитие, почувствовал давящую боль в грудной клетке в области сердца, тало трудно дышать. Пациент вспомнил, как у его отца, в

возрасте 68 лет случился сердечный приступ, его одолело чувство страха о возможном сердечном ударе, стало трудно дышать. Пациент вызвал скорую помощь. В результате обследований органической патологии не выявлено, даны рекомендации обращения к психотерапевту.
Кожно-гальванические пробы зафиксировали повышение показателей на такие слова как болезнь, ревизия, отец
Вопросы:
1 Определите возможный внутренний конфликт
2 Ситуация – система ценностей – симптоматика
3 Предположительный диагноз
4 Основные методы и возможные мишени психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.
К врачу-психиатру обратилась гражданка Ф., 43 лет, с жалобами на то, что последнее время она замечает у себя «некую внутреннюю отчужденность», стала «какой-то другой, …это я и не я – чувствую это, а описать не могу». Недавно, например, очень ждала приезда своего сына, которого не видела уже несколько лет. Но после свидания «сидела и горько плакала: он пришел, мой горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, это так ужасно, так мучительно». В процессе обследования психической сферы удалось выяснить, что память, внимание и мышление не обнаруживают никаких формальных расстройств, а сама настойчивость, с которой Ф. укоряет себя в преступном равнодушии к сыну, исключает наличие у нее эмоциональной тупости в узком значении этого слова.
При беседе Ф. вспомнила интересный эпизод своей жизни: однажды, в 15 лет, она долго готовилась перед экзаменами, очень волновалась и практически не спала несколько ночей подряд. На фоне общей усталости и астенизации она вдруг заметила, что «не чувствует своих ног». Подсевшая к ее кровати мать, казалось, «находилась где-то очень далеко». Через несколько минут все это прошло.
Вопрос:
1. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?
2. Возможные психотерапевтические подходы к лечению?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.
Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.
Вопрос:

1. Оцените описанные психопатологические проявления
2. Какова тактика терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

Пациент Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспосабливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Варианты развития личности?
3. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и эксперементально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По

характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейролептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус:

Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Обманы восприятия отрицает, косвенных признаков галлюцинаций нет. Гипомимичен, движения замедленны. Продуктивному контакту доступен с трудом, речь в виде монолога. На вопрос о самочувствии пускается в длинный бессвязный рассказ о своей жизни, перескакивая с одной темы на другую. Самооценка завышена «много знаю, много умею..., редкий специалист». Аффективно сглажен, маломодулирован. Отмечает, что мало «чувств и влечений». Мышление нецеленаправленное, с соскальзываниями и элементами резонерства. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Варианты терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14.

Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечении пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за

явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Варианты психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15.

Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.

Психический статус. Основные виды ориентировки сохранены. Взгляд «холодный», мимика застывшая. Напряжена, подозрительна, голос маломодулирован. Настроение без признаков депрессии. Эмоциональные реакции сглажены. Мышление с резонерством, паралогичностью и соскальзыванием. Формально соглашается, что болеет, но при этом считает, что лечение ей не нужно так, как она здорова. Негативно относится к мужу, иногда раздражительна по отношению к нему, заявляет, что «если муж и дальше так будет себя вести, не знаю, что сделаю, … наверное, повешусь». По-прежнему уверена в существовании у нее «нарушенной энергетической оболочки», в которой «есть дыры и через них уходит энергия». Убеждена в возможности экстрасенсорики и телепатии, воздействии их на людей. Свои переживания раскрывает неохотно, считает, что «и так все понятно». Память без грубых нарушений. Обманы восприятия не выявляет.

Вопросы:

1. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?
2. Варианты психотерапевтической работы?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16.

Пациент А. 27 лет с диагнозом «Параноидная шизофрения» наблюдается в ПНД по месту жительства.

Вопрос:

1.В чем заключается и что включает в себя медицинская и психосоциальная реабилитация?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17.

Порядок организации медицинскоӣ реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 года №788н

Вопрос: основные реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации, которые реализуются при взаимодействии:

1. Врачей
2. Медицинских сестер
3. Специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальноӣ работе, учителеӣ-дефектологов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18.

На прием обратилась женщина 41 г., образование средне-специальное, занята на периодических работах в фирме у мужа, замужем, брак в течение 25 лет, муж директор коммерческой организации, 44 г., двое детей: сын 25 лет – молодоӣ специалист, дочь поступила в вуз в другом городе. Причиноӣ обращения считает семеӣный кризис и неверность супруга. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, предшествовавшие обращению недельное состояние с колебаниями АД, головокружениями, пошатываниями при ходьбе (лечилась в стационаре на дому у невропатолога), переживает ощущение личного краха. При обращении подолгу рассказывает о семеӣных сложностях.

Вопрос: 1. Какая терапия показана на данном этапе?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19.

Пациентка В., 23-х лет, физик. Внешне спокоиӣна. Взгляд холодновато - отрешённый, очки с затеиӣливо-готической оправой. Впечатление душевной малодоступности за маскоӣ вежливо-церемонной доброжелательности. Когда получили с мужем, математиком, от своего учреждения отдельную квартиру и можно было переехать туда от свекрови, с которой постоянно ссорилась, муж подал на развод, пожелав остаться с матерью. В. согласилась с этим: «человек должен быть свободен в своём выборе». Но теперь, когда оказалась одна в новой квартире, всеӭ мучается вопросами о том, почему она и ееӭ свекровь не могут «душевно пробиться друг к другу», хотя обе испытывают это желание. Тягостное взаимонепонимание при сильном желании быть духовно, душевно вместе.

1. Вероятнее всего, у пациентки В. какой диагноз?
2. Тактика врача?
3. Права пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20.

. Женщина 27 лет, обратилась амбулаторно с жалобами на трудности засыпания, подавленность, «лень». Описывает у себя периодические состояния грусти, начиная с подросткового возраста. Временами чувствует себя лучше, но эти периоды длятся не более 2-х недель, улучшения почти не бывают полными. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Фиксирует внимание на повторных разочарованиях в жизни, на низкоӣ самооценке.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Социальные и психолого-психотерапевтические варианты помощи?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21.

У 40-летнего женатого мужчины, преуспевающего бизнесмена с удовлетворительной семейной жизнью, отмечается сосредоточенность на мыслях о возможной связи с более молодой женщиной. У него не отмечено психических расстройств в анамнезе и других жалоб.
Вопрос:

1. Какая психотерапия наиболее адекватна?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

К психотерапевту обратились родители подростка. Сын стал неуправляемым, не успевает в школе, часто прогуливает уроки. Терапевт просит привести на терапию подростка. Терапия проходит успешно, и через несколько сеансов подросток сообщает консультанту, что он распространяет наркотики в школе и получает за это деньги. Психотерапевт обратился к директору школы и рассказал об этом случае.
Вопросы:

1. Правильно ли сделал терапевт, что обратился не к родителям подростка, а к директору школы?
2. Нарушил ли терапевт правило конфиденциальности?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

Психотерапевт работает с несовершеннолетним подростком 14 лет. В процессе психотерапии подросток поделился с терапевтом информацией, которую не хочет рассказывать родителям, но по закону ее следует сообщить родителям (у подростка имеется инфекция, передающаяся половым путем).
Вопрос:

1. следует ли психотерапевту сообщать эти сведения родителям?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.
Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.
Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.
Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.
Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие

и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсикоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.
Вопросы:

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?
3. Тактика психотерапевта?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25.

Больная К., 38 лет, поступила в психиатрическую клинику с жалобами на: необычную головную боль, необычные ощущения в теле – «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом», головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, «шапочка на голове», особенно во второй половине дня, слабость, слезливость, неустойчивость настроения, разнообразные неприятные ощущения в виде «внутренней слабости», комка в горле, мигрирующих болей в плечевых и тазобедренных суставах, головокружения, чувства «внутреннего жара», отсутствие аппетита, нарушения сна, периодические головные боли, нарушения менструального цикла, снижение либидо.
Из анамнеза: ранее развитие без особенностей. Закончила 10 классов. На уроках могла «потерять речь» у доски из-за «повышенной стеснительности». До 13 лет были разнообразные «нервные тики» – моргание глазами, подергивание ноги при ходьбе и т.п. При этом характеризует себя в тот период как веселую, активную и жизнерадостную. После школы окончила торговый техникум. Замужем, воспитывает сына 10 лет и дочь 5 лет. В связи с тем, что сын был крайне возбудимым «спал по 15 мин в день», «закатывал истерики – бился головой об пол» появилась тревожность, опасения, что сын будет сумасшедшим. В это время отказалась занять более высокую должность, но т.к. заметила, что склонна «сильно переживать за порученное дело – начинала болеть голова, расстраивалась, появлялась бессонница», сама попросила перевести ее на более низкую должность. После рождения дочери появились опасения и за ее здоровье.
В течение последнего года обратила внимание на появление нарушений менструального цикла, снижения либидо. Однажды на работе очень разболелась голова, «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом». Эти явления нарастали день ото дня, появилось головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, чувство тяжести в голове.
Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. Ориентирована правильно. Настроение неустойчивое, с легким возникновением тревожности, плаксивости. Фиксирована на своем состоянии, высказывает различные мысли ипохондрического содержания. Жалобы излагает детально, с демонстративностью в поведении. Повышенно истощаема по ходу беседы с появлением вегетососудистой лабильности. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний бреда нет. Суицидальных намерений нет.
Вопросы:

1. Какой синдром определяется у больной?
2. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26.

Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии

25.Пациентка 29 лет. Обратилась с жалобами на проблемы со сном (поверхностный сон, ранние пробуждения), подавленное настроение, потерю веса, раздражительность, утомляемость, «сложности при выполнении ответственных задач, требующих концентрации», конфликты с гражданским мужем.

Из анамнеза: единственная дочь в семье. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в условиях жесткого контроля со стороны родителей, определивших главной жизненной целью достижение успеха, высокого положения в обществе, без учета личностных особенностей и возможностей дочери. По характеру: замкнутая, тревожная, ответственная. Посещала ДДУ и множество дополнительных занятий. За неудачи были предусмотрены наказания с применением физической силы. Закончила школу с углубленным изучением иностранных языков. Учеба в школе давалась с трудом. Следуя требованиям родителей, стремилась превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий, часто в ущерб отдыху и ночному сну. Имеет высшее образование (диплом с отличием). В возрасте 23 лет вышла замуж за однокурсника, отличавшегося мягким, уступчивым характером. Через два года брак расторгла, аргументируя свое решение «мягкотелостью супруга и отсутствием у него личностного стержня». В родительскую семью не вернулась. Проживала самостоятельно. Поступила в аспирантуру. Во время работы над кандидатской диссертацией вступила в гражданский брак с научным руководителем, со стороны которого в последние несколько месяцев испытывает «психологическое давление и жесткую критику», что является причиной частых конфликтных ситуаций и появления вышеозначенных жалоб.

Вопросы:

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 4

Промежуточная аттестация № 4 проводится на заседании кафедры на основании отчетов по практике за два года обучения и презентации описания клинического случая пациента, ведение которого самостоятельно осуществлял обучающийся. Во время презентации обучающийся отвечает на вопросы, подготовленные куратором заранее и любым другим сотрудником кафедры из ППС.

Руководитель практики от профильной организации имеет право принимать участие в оценке уровня сформированности профессиональных компетенций, освоенных обучающимся во время практики.
Презентация клинического случая проверяет сформированность компетенции УК-1.; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.; ОПК-9.; ПК-4.; ПК-5.;

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяют компетенции УК-3, УК-4, ОПК-2, ПК-3, ОПК-8
Эталонные ответы могут служить руководством для оценивания, но обучающийся может представить другие ответы, основанные на его знаниях и опыте, которые также могут быть правильными.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.
Ваше отделение неврологии получило указание от руководства лечебно-профилактического учреждения выполнить следующую медицинскую задачу: разработать и внедрить протокол обследования и лечения пациентов с соматоформными расстройствами. Вашей задачей, как заведующего психотерапевтическим отделением, является организация и координация работы врачей психотерапевтов для выполнения этой задачи.
Вопросы:

4. Какие шаги вы предпримете для разработки протокола обследования и лечения пациентов с соматоформными расстройствами?
5. Как вы будете координировать работу врачей психотерапевтов при внедрении протокола?
6. Какие показатели эффективности вы будете использовать для оценки успешности внедрения протокола?
7. Какие проблемы могут возникнуть при внедрении протокола и как вы планируете их решать?
8. Как вы будете оценивать эффективность протокола на протяжении времени?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.
Вы являетесь заведующим психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Ваша задача - организовать эффективную деятельность сотрудников отделения для обеспечения качественного медицинского обслуживания и достижения поставленных целей. В связи с увеличением числа пациентов и необходимостью улучшения организации работы, вы решаете внести изменения в систему организации деятельности сотрудников отделения.
Вопросы:

1. Какие меры вы предпримете для оптимизации расписания работы сотрудников психотерапевтического отделения?
2. Каким образом вы будете распределить задачи и ответственность между сотрудниками психотерапевтического отделения?
3. Как вы будете организовывать работу врачей психотерапевтов с медицинским персоналом (медсестрами, клиническими психологами и т.д.)?
4. Как вы будете оценивать производительность и качество работы сотрудников психотерапевтического отделения?
5. Как вы будете стимулировать и поддерживать мотивацию сотрудников психотерапевтического отделения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.
Вы являетесь заведующим психотерапевтического отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Вам необходимо помочь новой старшей мед. сестре наладить работу среднего

медицинского персонала в отделении, обеспечивая качественный медицинский уход, соблюдение процедур и стандартов, а также развитие и поддержку сотрудников.

Вопросы:

1. Каким образом вы будете организовывать дежурства и распределение обязанностей среднего медицинского персонала?
2. Как вы будете обучать и повышать квалификацию среднего медицинского персонала?
3. Как вы будете обеспечивать соблюдение процедур и стандартов работы средним медицинским персоналом?
4. Как вы будете поддерживать коммуникацию и координацию работы среднего медицинского персонала?
5. Как вы будете оценивать производительность и эффективность работы среднего медицинского персонала?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

Вы являетесь заведующим психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Одной из важных задач вашей работы является организация работы младшего медицинского персонала, который выполняет разнообразные медицинские процедуры, обеспечивает уход за пациентами и поддерживает работу отделения.

Вопросы:

1. Как вы будете обучать и интегрировать новых сотрудников младшего медицинского персонала?
2. Каким образом вы будете распределять задачи и обязанности среди младшего медицинского персонала?
3. Как вы будете оценивать производительность и качество работы младшего медицинского персонала?
4. Как вы будете поддерживать мотивацию и профессиональное развитие младшего медицинского персонала?
5. Как вы будете обеспечивать соблюдение процедур и стандартов работы младшим медицинским персоналом?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Вы являетесь врачом психотерапевтом в лечебно-профилактическом учреждении. Вам поручено создать мультидисциплинарную бригаду для решения лечебно-диагностических задач, возникающих при ведении пациентов с коморбидной патологией. Для этой цели Вам необходимо взаимодействие с другими специальностями, такими как врачами психиатрами наркологами, кардиологами, и др., а также с клиническим психологами, специалистами по социальной работе. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Каким образом вы будете обеспечивать эффективное взаимодействие между врачами разных специальностей с целью установления диагноза?
2. Как вы будете организовывать координацию лечебных мероприятий и назначений между различными врачами для эффективного лечения пациента?
3. Каким образом вы будете обеспечивать эффективное использование диагностических возможностей различных специалистов для точной диагностики пациентов?
4. Как вы будете решать конфликтные ситуации или разногласия между разными специальностями в процессе командной работы?
5. Как вы будете оценивать эффективность командной работы разных специалистов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Вы устраиваетесь на работу врача психотерапевта в лечебно-профилактическое учреждение для ведения амбулаторного приема. Вы знаете, что Ваш предшественник уволился в связи с частыми жалобами от пациентов. Сформулируйте принципы, которыми вы будете руководствоваться в Вашей работе, чтобы избежать подобных ситуаций, не провоцировать конфликты и сглаживать противоречия, возникающие в процессе общения с пациентами. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда возникает конфликт между врачом и пациентом во время консультации. Какие шаги вы предпримете для разрешения этого конфликта?
2. Возникает разногласие между врачом и пациентом относительно предлагаемого лечебного курса. Как вы будете управлять этой ситуацией и достичь взаимопонимания?
3. Как вы будете реагировать на недовольство пациента в отношении предоставленных медицинских услуг или результатов лечения?
4. Каким образом вы будете применять навыки коммуникации для установления доверительных отношений с пациентом и предотвращения конфликтов?
5. Как вы будете измерять уровень удовлетворенности пациентов и оценивать качество их взаимодействия с врачом?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Вы являетесь заведующим психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Одна из задач Вашей деятельности находить пути разрешения конфликтов и противоречий, возникающих в процессе делового общения внутри коллектива. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда возникает конфликт между вами, в качестве заведующего отделением, и медицинским персоналом вашего отделения. Какие шаги вы предпримете для разрешения этого конфликта?
2. Как вы будете управлять ситуацией, когда возникают разногласия внутри медицинского персонала вашего отделения относительно распределения обязанностей и ответственности?
3. Как вы будете реагировать на недовольство медицинского персонала относительно управленческих решений или условий работы?
4. Каким образом вы будете применять навыки коммуникации для установления доверительных отношений с медицинским персоналом и предотвращения конфликтов?
5. Как вы будете измерять уровень удовлетворенности медицинского персонала и оценивать качество их взаимодействия с вами в качестве заведующего отделением?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Вы являетесь врачом в психотерапевтическом отделении в лечебно-профилактическом учреждении. Как лечащий врач Вы часто общаетесь с родственниками пациентов. Ваша задача избегать возникновения конфликтов и противоречий, и максимально быстро разрешать их в случае возникновения. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда родственник пациента выражает недовольство или несогласие с проводимым лечением или рекомендациями врача. Как вы будете управлять этой ситуацией и разрешать конфликт?
2. Как вы будете управлять ситуацией, когда родственник пациента выражает недовольство качеством обслуживания или взаимодействием с Вами и другим медицинским персоналом?

3. Вы замещаете заболевшего коллегу. Как вы будете реагировать на конфликт, возникший ранее между Вашим коллегой и родственником пациента, из-за разногласий в отношении плана лечения или прогноза заболевания?
4. Каким образом вы будете использовать навыки активного слушания для разрешения конфликтов с родственниками пациентов?
5. Как вы будете измерять эффективность ваших действий и подходов в разрешении конфликтов с родственниками пациентов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

Вы проводите практическое занятие по психотерапии с группой студентов. У Вас нет предыдущего опыта преподавательской работы. Видя Вашу молодость и волнение один из студентов пытается найти Ваши слабые стороны, чтобы таким образом повысить свою текущую позицию в учебном процессе. Его претензии могут быть как обоснованными, так и необоснованными. Опишите Ваши действия в возникающих ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда студент выражает недовольство или несогласие с методами обучения или оценками преподавателя. Как вы будете управлять этой ситуацией и разрешать конфликт?
2. Как вы будете управлять ситуацией, когда студент выражает недовольство качеством преподавания или Вашим к нему отношением?
3. Как вы будете реагировать на конфликт между преподавателем и студентом, возникший из-за разногласий в отношении учебных заданий или требований?
4. Каким образом вы будете использовать навыки активного слушания для разрешения конфликтов с студентами?
5. Как вы будете измерять эффективность ваших действий и подходов в разрешении конфликтов с студентами?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

Вы являетесь ординатором кафедры психиатрии и психотерапии 2го года обучения. Вас выбрали старостой и помощником куратора по воспитательной работе. В Вашей группе обучаются ординаторы различных этнических, конфессиональных и культурных групп. Ваша задача избегать возникновения конфликтов и противоречий на почве этнической, конфессиональной и культурной принадлежности, и максимально быстро разрешать их в случае возникновения. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях, которые могут возникнуть внутри коллектива.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда возникает конфликт между членами коллектива из-за различий в этнической, конфессиональной или культурной принадлежности. Как вы будете управлять этой ситуацией и способствовать разрешению конфликта?
2. Как вы будете реагировать на ситуацию, когда возникают предубеждения или дискриминация по этническим, конфессиональным или культурным основаниям внутри коллектива?
3. Каким образом вы будете организовывать межкультурный обмен знаниями и опытом среди обучающихся?
4. Как вы будете измерять успех ваших усилий по разрешению этнических, конфессиональных и культурных конфликтов внутри коллектива?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

В качестве заведующего психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении в Ваши должностные инструкции входит задача систематизации и использования медико-статистических показателей для оценки качества оказания медицинской помощи в вашем отделении.

Вопросы:

1. Какие медико-статистические показатели можно использовать для оценки качества оказания медицинской помощи в психотерапевтическом отделении?
2. Каким образом вы будете систематизировать и анализировать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи в психотерапевтическом отделении?
3. Каким образом вы будете использовать полученные медико-статистические показатели для улучшения качества оказания медицинской помощи в психотерапевтическом отделении?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

Для улучшения медицинского обслуживания населения и улучшения показателей работы психотерапевтического отделения необходимо использовать показатели и критерии качества оказания медицинской помощи. Вам поручено организовать эту работу.

Вопросы:

1. Какие показатели и критерии качества оказания медицинской помощи можно применять в психотерапевтическом отделении?
2. Каким образом вы будете собирать и анализировать данные для оценки показателей качества оказания медицинской помощи?
3. Каким образом вы будете использовать полученные показатели и критерии качества оказания медицинской помощи?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

Выпускник целевой ординатуры по психотерапии приехал для работы в свой регион в качестве врача-психотерапевта районной больницы. Ему было дано поручение организовать проведение просветительной работы по сохранению здоровья граждан в районе.

Вопросы:

1. Какие методы и средства просветительной работы вы будете использовать для обеспечения сохранения здоровья граждан?
2. Каким образом вы будете определять приоритетные направления просветительной работы и целевую аудиторию?
3. Каким образом вы будете оценивать эффективность проводимой просветительной работы?

4. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ В.А. АЛМАЗОВА»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра _____

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

название практики

по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры

Ф.И.О. ординатора _____

Специальность_____

Трудоемкость (согласно учебному плану)	
объем в зачетных единицах	объем в часах

Дата прохождения практики с «_____»_____20_____г. по «_____»_____20_____ г.

Руководитель практики
ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
(кафедра _____)

_____ _____
Ф.И.О. подпись

Индивидуальное задание

_____

(Ф.И.О. ординатора)

по специальности_____

для прохождения практики «Клиническая практика»

№ п /п	Содержание задания	Сроки выполнения

Примечание: содержание задания (включающее перечень умений и навыков) должно соответствовать рабочей программе практики), ОПОП, ФГОС ВО, профессиональному стандарту.

Обучающийся _____ _____
подпись Ф.И.О.

Дата выдачи индивидуального задания: «_____»_____20____г.

Руководитель практики
ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

_____ _____
подпись Ф.И.О.

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.*

Руководитель практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России _____

_____
Подпись ФИО

«_____» _____20_____г.

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

для подготовки и обучению по практике
«Производственная (клиническая) практика»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **31.08.22 Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы для типа производственной практики «Производственная (клиническая) практика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психотерапии и психиатрии с клиникой.

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	**ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС**
	(наименование практики)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия**
	(код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия**
	(название направленности)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Аккредитационно-симуляционный центр, Кафедра психиатрии, психотерапии 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
2024

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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.	Абриталин Евгений Юрьевич	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Хабаров Иван Юрьевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Савельева Ольга Владиславовна	К.м.н.	Ассистент кафедры психиатрии и психотерапии 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 психиатрии, психотерапии с клиникой.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ОБУЧАЮЩЕГО СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА

Целью изучения практики «Обучающий симуляционный курс» является подготовка высококвалифицированного врача-психотерапевта, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи в условиях первичной медико-санитарной; неотложной, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Задачи изучения практики:

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 физикальных, лабораторных и инструментальных исследований.
9. Сформировать практический навык выполнения спинномозговой пункции для диагностики, дифференциальной диагностики и лечения ряда психотерапевтических заболеваний.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Обучающий симуляционный курс» относится обязательной части Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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).

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

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

Универсальные компетенции УК-1

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1-1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: ТЗ, АУ
			Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** ТЗ-тестовые задания*

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	**ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Знает: – алгоритм диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ
			Умеет: – грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические манипуляции, включая мониторинг витальных функций; – диагностировать критические состояния неэффективного дыхания и кровообращения у пациента, требующие проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ

		ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знает: – алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ
			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	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ

***Оценочные средства:** *АУ-алгоритмы умений*

Профессиональные компетенции– ПК-4, ПК-5

Область Сфера профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценки и оценочное средство
Тип задач профессиональной деятельности – Медицинская деятельность				
Здравоохранение в сфере психотерапии	**ПК-4.** 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-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – Медицинские показания к оказанию психотерапевтической медицинской помощи пациентам при психических расстройствах – Клинические рекомендации по ведению пациентов, получающих психиатрическую, психотерапевтическую медицинскую помощь **Умеет:** – провести физикальный осмотр пациента с психическим или поведенческим расстройством – обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов при психических расстройствах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального обследования пациентов при психических расстройствах – проводить дифференциальную диагностику психических расстройств – установить диагноз пациенту с психиатрической патологией с	Для текущего контроля: КВ, АУ Для промежуточной аттестации: АУ

			учетом действующей МКБ	
	ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – Медицинские показания к оказанию психотерапевтической медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях – Клинические рекомендации по ведению пациентов, получающих психиатрическую/психотерапевтическую медицинскую помощь **Умеет:** – Оценивать тяжесть состояния пациента, интенсивность и характер ведущего синдрома, в том числе с использованием шкал оценки при психических заболеваниях – Определить показания для назначения психотропных препаратов – Определить показания для назначения психотерапии – Определить показания для госпитализации в психиатрический стационар	Для текущего контроля: КВ, АУ Для промежуточной аттестации: АУ
		ПК-5.2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	**Знает:** – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания психотерапевтической медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях **Умеет:** – Разрабатывать индивидуальный план оказания психотерапевтической медицинской помощи пациентам с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности основного синдрома, тягостных симптомов, социального положения, а также индивидуальных потребностей пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Проводить комплексные мероприятия, направленные на избавление или облегчение тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни пациента с психическим расстройством, его социального функционирования	Для текущего контроля: КВ, АУ Для промежуточной аттестации: АУ

***Оценочные средства:** КВ- контрольные вопросы, АУ-алгоритмы умений*

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1, 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**108**	108
Из них:			
Занятия семинарского типа		**108**	108
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)			
Промежуточная аттестация – **зачет/зачет/зачет**		**-**	-
Общая трудоемкость практики	**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*

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

Наименование разделов практики	Контактная работа, академ. час.	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия семинарского типа	
Курс 1. Промежуточная аттестация №1		
Раздел 1. Неотложная помощь (общеврачебные навыки)	36	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

4.3. 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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1							
Общеврачебные навыки 72 час.							
Раздел 1. ***Неотложная помощь (общеврачебные навыки)***							
Тема 1.	Практическое занятие	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.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	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.	ОПК-10.1. УК-1.1.	АУ
Тема 3.	Практическое	Экстренная	6	78%	Обеспечение безопасности, оценка уровня сознания, дыхания,	ОПК-10.1.	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.	ОПК-10.2.	
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.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	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.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	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.	ОПК-10.1. ОПК-10.2. УК-1.1.	Зачет ТЗ, АУ

					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.		
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.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	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	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	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	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний	6	78%	Диагностика, мониторинг и терапия острого коронарного синдрома, кардиогенного шока, отека легких, жизнеугрожающих нарушений	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ

		при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.			сердечного ритма. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде		
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-1.1. ОПК-10.1. ОПК-10.2.	Зачет ТЗ, АУ
Всего за раздел 3			**36**	**28**			
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки							
Тема 1.	Практическое занятие	Особенности сбора психиатрического, психотерапевтического анамнеза	9	78%	Методика общего осмотра пациента с психическим заболеванием. Отработка алгоритма оценки жалоб пациента, данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни при остром и хроническом психиатрическом заболевании. Выявление основных психопатологических симптомов, синдромов. Формулирование диагноза в соответствии с МКБ-10.	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2	КВ
Тема 2.	Практическое занятие	Объективное обследование психиатрического пациента. Методы обследования.	9	78%	Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация органов сердечно-сосудистой системы, органов дыхательной и мочевыделительной систем, сбор неврологического статуса у психиатрического пациента. Оценка и интерпретация данных физикальных, лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических исследований при психических заболеваниях. Составление плана обследования.	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2	КВ
Тема 3.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний в психиатрии	9	78%	Диагностика, оценка тяжести состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделение и анализ симптомов, ведущих синдромов неотложных состояний при психических расстройствах. Составление плана лечения.	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2	КВ
Тема 4.	Практическое занятие	Алгоритм общего осмотра психиатрического пациента и составление плана обследования и лечения.	9	78%	Отработка практических навыков на стандартизированном пациенте. Отработка алгоритма общего осмотра пациента с психическим заболеванием: установление контакта, расспрос, сбор жалоб, анамнестических сведений жизни и заболевания, осмотр. Выявление основных психопатологических симптомов, выявление психопатологических синдромов заболевания. Формулирование диагноза. Разработка индивидуального плана лечебных мероприятий.	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2	КВ, АУ
Всего за раздел 3			**36**	**28**			
ИТОГО			**108**	**84**			

***Оценочные средства:** АУ-алгоритмы умений, ТЗ - тестовые задании, КВ – контрольные вопросы*

Образовательные технологии, используемые при изучении практики:

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела практики	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	**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	-	23	10
ИТОГО		**332**	**23**	**34**

ТЗ – тестовые задания, АУ - алгоритмы умений (- чек листы; оценка анализа ликвора)*

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

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.1	ТЗ, АУ
ОПК-10.1	АУ
ОПК-10.2	АУ
ПК-4.1	АУ
ПК-5.1-5.2	АУ

ТЗ – тестовые задания, АУ-алгоритмы умений

5.3. 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-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация № 4. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация № 4. Раздел 3.	Демонстрация практических навыков	АУ	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2

5.4. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции / индикаторы достижения компетенции
ТЗ	**1.** Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца a) Электрокардиография b) Эхокардиография c) Фонокардиография	УК-1.1
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-1.1
ТЗ	**3.** Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных a) 289 мл b) 600 мл c) 100 мл	УК-1.1
ТЗ	**4.** С целью улучшения реологических свойств крови пациентов с ожоговым шоком целесообразно применение a) нефракционированного гепарина b) варфарина c) клопидогрела d) аспирина	УК-1.1
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-1.1
АУ	**ЧЕК-лист «Физикальное обследование пациента (все сценарии)»** 1 Поздоровался с ребенком 2 Представился, обозначил свою роль 3 Обработал руки гигиеническим способом 4 Обработал мембраны стетофонендоскопа спиртовой салфеткой 5 Оценил пропорциональность телосложения 6 Измерил рост по правилам измерения роста у детей 7 Измерил массу тела по правилам измерения массы тела у детей 8 Оценил влажность кожных покровов 9 Оценил цвет кожных покровов 10 Оценил наличие сыпи, невусов, пятен, стрий 11 Оценил наличие акантоза, очагов гиперпигментации 12 Оценил состояние придатков кожи: ногти, волосы, наличие очагов алопеции 13 Оценил наличие роста остистых волос в андрогензависимых зонах 14 Оценил степень развития подкожно-жировой клетчатки 15 Оценил распределение подкожно-жировой клетчатки 16 Оценил наличие объемных образований в подкожно-жировой клетчатке 17 Оценил наличие периферических отеков 18 Оценил состояние лица и определил наличие стигм дисэмбриогенеза лицевой области черепа и ушных раковин 19 Определил наличие стигм дисэмбриогенеза туловища и конечностей 20 Измерил артериальное давление 21 Измерил частоту сердечных сокращений 22 Оценил тоны сердца, ритм сокращений 23 Оценил наличие и характеристику шума в сердце	ОПК-10.1, ОПК-10.2

	24 Оценил состояние шеи 25 Пропальпировал щитовидную железу, оценил ее структуру 26 Пропальпировал щитовидную железу, оценил ее объем 27 Оценил степень развития молочных желез 28 Верно интерпретировал степень развития молочных желез 29 Оценил степень полового оволосения 30 Оценил соответствие наружных половых органов полу и наличие аномалий строения 31 Внес данные роста и массы тела в программу AnthroPlus 32 Озвучил значение SDS роста 33 Верно интерпретировал SDS роста 34 Озвучил значение SDS индекса массы тела (ИМТ) 35 Верно интерпретировал SDS ИМТ 36 Вынес верное предварительное заключение	
АУ	**ЧЕК-лист «Сбор жалоб, анамнеза и оценка психического статуса психотерапевтического пациента, формулирование диагноза, разработка индивидуального плана обследования и лечения психотерапевтического пациента»** 1.Оценил состояние сознания (ясное, помраченное, бессознательное состояние); 2.Оценил ориентировку (в месте, времени, собственной личности) 3.Оценил внешний вид пациента 4. Оценил соответствие возрасту 5.Оценил внешний вид (опрятность одежды, соответствие ее текущему сезону) 6.Оценил особенности позы, мимики, жестикуляции 7.Оценил поведение в беседе (спокойное, негативистичное, демонстративное, психомоторное возбуждение) 8.Оценил особенности речи 9.Оценил особенности внимания 10. Оценил наличие или отсутствие расстройств ощущений и восприятия (иллюзии, галлюцинации, психосенсорные нарушения). 11. Оценил наличие или отсутствие нарушений структуры мышления, его темпа, наличие бредовых, сверхценных, навязчивых идей 12. Дал характеристику эмоциональной сферы (наличие или отсутствие страха, тревоги, изменения фона настроения – повышенное, пониженное) 13. Оценил наличие или отсутствие расстройств памяти 14. Оценил уровень интеллектуальной деятельности 15.Оценил наличие или отсутствие опасных тенденций (суицидальные мысли/поведение, агрессия, аутоагрессия) 16. Оформил психический статус в истории болезни 17. Сформулировал ведущий психопатологический синдром 18. Сформулировал нозологический диагноз психического расстройства 19. Наметил план обследования (лабораторного, инструментального, консультации врачей-специалистов) 20. Оформил план обследования в истории болезни 21. Разработал план лекарственной терапии 22. Назначил лекарственное лечение, оформил план лечения в истории болезни 23. Разработал план психотерапевтического лечения 24. Назначил психотерапевтическое лечение, оформил в истории болезни	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2

***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.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися

образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

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

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по практике:
Операционная система семейства Windows
Пакет OpenOffice
Пакет LibreOffice
Microsoft Office Standard 2016
NETOP Vision Classroom Management Software
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России http://moodle.almazovcentre.ru/.
САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по практике:
Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
ЭБС «Букап» (https://www.books-up.ru/)
ЭБС «Юрайт» (https://urait.ru/)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (https://speclit.profy-lib.ru/)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
Научная электронная библиотеке http://elibrary.ru/

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:
Поисковые системы Google, Rambler, Yandex (http://www.google.ru; http://www.rambler.ru; http://www.yandex.ru/)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (http://www.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 (https://minzdrav.gov.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. 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

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

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1. Учебно-методические материалы для обучающихся:
https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=423

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:
https://moodle.almazovcentre.ru/course/index.php?categoryid=230

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Для осуществления образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия 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:

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические

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

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

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

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

Помещения, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещения, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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**:**	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

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-1.1, ОПК-10.1, ОПК-10.2, ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2.**

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-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Демонстрация знаний области методов системного анализа	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №5) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: № 5) ТЗ (Раздел 1: № 1) (Раздел 2: № 2)
	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)

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

Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Знает: - алгоритм диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Демонстрация знаний алгоритма диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) Для промежуточной аттестации: АУ Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24)
	Умеет: - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические	Способность эффективно собрать анамнестические данные, назначить	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) Для промежуточной

	манипуляции, включая мониторинг витальных функций; - диагностировать критические состояния неэффективного дыхания и кровообращения у пациента, требующие проведения реанимационных мероприятий	необходимые экстренные диагностические манипуляции	аттестации: АУ Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24)
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания	Знает: - алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Демонстрация знаний алгоритма проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13)
	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	Способность эффективно провести необходимые экстренные диагностические манипуляции для стабилизации пациента	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13)

Профессиональные компетенции

ПК-4. 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. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи.

Индикаторы достижения профессиональных компетенции	Показатель оценивания	Оценочное средство
ПК-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – Медицинские показания к оказанию психотерапевтической медицинской помощи пациентам при психических расстройствах – Клинические рекомендации по ведению хронического болевого синдрома у пациентов, получающих психиатрическую медицинскую помощь **Умеет:** – провести физикальный осмотр пациента с психическим расстройством – обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психическими расстройствами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального обследования	Для текущего контроля: КВ, АУ (Раздел 3) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 3)

	пациентов при психических расстройствах – проводить дифференциальную диагностику пациентам при психических расстройствах – установить диагноз пациенту психических расстройствах с учетом действующей МКБ	
ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – Медицинские показания к оказанию психотерапевтической медицинской помощи пациентам с психическим расстройством – Клинические рекомендации по ведению пациентов, получающих психиатрическую медицинскую помощь **Умеет:** – Оценивать тяжесть состояния пациента, интенсивность и характер ведущего синдрома, в том числе с использованием шкал оценки при психических заболеваниях – определить показания для назначения психотропных препаратов – определить показания для госпитализации в психиатрический стационар	Для текущего контроля: КВ, АУ (Раздел 3) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 3)
ПК-5.2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	**Знает:** – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания психотерапевтической медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях **Умеет:** – Разрабатывать индивидуальный план оказания психотерапевтической медицинской помощи пациентам с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности ведущего синдрома, тягостных симптомов, социального положения, а также индивидуальных потребностей пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Проводить комплексные мероприятия, направленные на избавление и облегчение тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни и социального функционирования пациента с психическими расстройствами	Для текущего контроля: КВ, АУ (Раздел 3) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 3)

3. Критерии оценивания показателей при <u>текущем контроле</u>:

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

Критерии оценки на вопросы:

- «Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.
- «Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

4. Форма промежуточной аттестаций по практике: **зачет.**

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
Промежуточная аттестация Раздел 1.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация Раздел 3	Демонстрация практических навыков	АУ	УК-1 ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2

Критерии оценивания заданий <u>промежуточной аттестации</u>:
Выполнение тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

Выполнение практических навыков:

- выполнено менее 70% пунктов из чек-листа – «не зачтено»
- выполнено 71-100% пунктов из чек-листа – «зачтено»

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	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

<u>Раздел 1.</u> Экстренная помощь (Общеврачебные навыки)

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Общемедицинские диагностические и лечебные манипуляции	УК-1.1, ОПК-10.2.
2	Алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и	ОПК-10.1

	управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR).	
3	Экстренная медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛР (ALS)	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
4	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
5	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	ОПК-10.1, ОПК-10.2.

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях.	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
2	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
3	Диагностика и лечение шока	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
4	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
5	ОСКЭ	ОПК-10.1, ОПК-10.2, УК-1.1.

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Сбор жалоб, анамнеза и оценка психического статуса психотерапевтического пациента, формулирование диагноза, разработка индивидуального плана обследования и лечения	УК-1, ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

АЛГОРИТМЫ УМЕНИЙ

(компетенции: ОПК-10.1, ОПК-10.2, УК-1.1)

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

ЧЕК-лист № 1 Установка воздуховода

1	Придать пациенту положение лежа
2	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
3	Провести предварительную оксигенацию
4	Обработать руки на гигиеническом уровне
5	Выбрать размер воздуховода
6	Проверить целостность воздуховода
7	Увлажнить воздуховод стерильным гелем
8	Запрокинуть голову и/или открыть рот
9	Ввести воздуховод в рот
10	Повернуть воздуховод на 180°
11	Провести вентиляцию мешком Амбу
12	Провести аускультацию легких

13	Утилизировать использованные материалы, продезинфицировать оборудование
14	Обработать руки

ЧЕК-лист № 2. Установка надгортанного воздуховода

1	Положение пациента
2	Осмотреть полость рта
3	Провести предварительную оксигенацию
4	Обработать руки
5	Выбрать нужный размер
6	Проверить целостность упаковки
7	Открыть упаковку, извлечь I-gel в стерильном одноразовом лотке
8	Оценить целостность I-gel и проходимость воздуховода
9	Увлажнить поверхность I-gel стерильным гелем
10	Взять I-gel в области защитного усиления
11	Ввести воздуховод в рот, направляя его вниз твердого неба до ощущения значительного сопротивления и при этом резцы пациента, должны быть на уровне защитного усиления
12	Начать вентиляцию
13	Оценить адекватность вентиляции
14	Утилизировать использованные материалы, дезинфекция оборудования

ЧЕК-лист № 3. Установка Combitube

1	Положение пациента
2	Обработка рук
3	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
4	Проверить герметичность манжет Combitube
5	Увлажнить Combitube стерильным гелем
6	Ввести Combitube через ротовую полость на необходимую глубину
7	Раздуть малую пищеводную манжету воздухом
8	Раздуть большую глоточную манжету воздухом
9	Подключить мешок Амбу к синему порту и начать вентиляцию легких
9.1	Провести аускультацию легких
10.	При отсутствии дыхательных движений переключить мешок Амбу на прозрачный порт и начать вентиляцию легких

ЧЕК-лист № 4. Пульсоксиметрия

1	Вымыть руки гигиеническим способом
2	Надеть перчатки
3	Включить пульсоксиметр
4	Убедиться, что прибор прошел калибровку и самотестирование

5	Выбрать датчик в зависимости от возраста пациента и предполагаемого размещения
5.1	При использовании датчика на пальце кисти убедиться, что кожа чистая
5.2	Удалить лак с ногтей
5.3	Надеть пульсоксиметр на палец пациенту
5.4	Не использовать для размещения датчика руку с расположенной на ней манжетой для мониторинга артериального давления
6	Включить пульсоксиметр
7	Убедиться, что на экране появился устойчивый индикатор пульса пациента
8	При не устойчивом сигнале пульса или его отсутствии - выявить и устранить причину
9	Проверить включение и настройки уровней тревоги
10	Настроить уровень громкости сигнала
11	Оценить данные

ЧЕК-лист № 5. Алгоритм ABCDE

1.	Сбор информации (жалобы, амбулаторная карта, история болезни, персонал, другое)
2.	Осмотр ABCDE
3.	6. оценка проходимости дыхательных путей
4.	7. пульсоксиметрия
5.	8. аускультация легких
6.	9. перкуссия
7.	10. ЧДД
8.	11. периферический пульс
9.	12. АД
10.	13. аускультация сердца
11.	14. ЭКГ
12.	15. симптом белого пятна
13.	16. цвет кожных покровов
14.	17. интерпретация ЭКГ
15.	18. оценить неврологический статус
16.	19. 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

<u>Раздел 2.</u> 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.	А - 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.	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 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.	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 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.	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.	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

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

Тестовое задание № 1

№	Формулировка вопроса	Варианты ответа
1	Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца	Электрокардиография
		Эхокардиография
		Фонокардиография
2	Электродные контактные среды используют для	увеличения электропроводности
		прочного прикрепления электродов к коже
		дезинфекции электродов
3	Грудные электроды V1-V2 располагаются в	4-м межреберье
		3-м межреберье
		2- м межреберье
4	Грудной электрод V4 располагается по левой срединно-ключичной линии в	5-м межреберье
		4-м межреберье

		6-м межреберье
5	Стандартная амплитуда 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	не достигается

	пищеварительного тракта:	
		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)	90%

	звучит при уровне сатурации ниже	
		95%
		88%
		80%
		75%
76	Сигнал тревоги пульсоксиметра о частоте пульса (по умолчанию) звучит при частоте пульса у взрослых ниже	50 уд/мин
		100 уд/мин
		70 уд/мин
		40 уд/мин
		30 уд/мин
77	Сигнал тревоги пульсоксиметра о частоте пульса (по умолчанию) звучит при частоте пульса у взрослых выше	100 уд/мин
		100 уд/мин
		90 уд/мин
		110 уд/мин
		150 уд/мин
78	Наиболее распространенной причиной слабого сигнала пульсоксиметра является	гиповолемия
		гипотермия
		гипертермия
		гиперволемия
79	Пульсоксиметр измеряет	процент гемоглобина, насыщенного кислородом, чсс
		уровень гемоглобина в крови
		количество кислорода, содержащегося в крови
		сердечный выброс
80	К недостоверным показаниям пульсоксиметра может привести	отравление угарным газом
		оксигенотерапия
		тахикардия
		брадикардия
81	Снизить шансы удачного измерения сатурации может	аритмия
		лихорадка
		гипертензия
		серповидно-клеточная анемия
82	Алгоритм ABCDE применяется для оценки состояния пациента	в ургентной ситуации
		при любом первичном осмотре
		при осмотре пациента в любой клинической ситуации
83	Алгоритм ABCDE включает методы	физикального, инструментального и лабораторного обследования
		инструментальные и лабораторные
		только инструментальные
		только физикального обследования

84	При выявлении состояний, требующих немедленной коррекции необходимо	оказать помощь, затем продолжить обследование
		закончить обследование, затем оказать помощь
85	Последовательность этапов обследования пациента определяется	вероятной скоростью развития критического состояния и смерти пациента
		по принципу «с головы до нижних конечностей»
		врачом в произвольном порядке
86	Этап А это	оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
87	Этап В это	оценка дыхания
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
88	Этап С это	оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
89	Этап D это	оценка уровня сознания и неврологического статуса
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		внешний осмотр пациента
90	Этап 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

		A
		D
92	Выявление наличия гипотермии относится к этапу	E
		C
		B
		A
		D
93	Оценка сознания по шкале Глазго относится к этапу	D
		A
		E
		B
		C
94	Оценка симптома «белого пятна» относится к этапу	C
		A
		B
		D
		E
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 чувствительности на противоположной стороне носит название	синдром Броун-Секара
		контрактура Вернике-Манна
		синдром Гийена-Барре
		синдром Горнера
120	В течение первых 7 суток после острой травмы рекомендуется поддержание среднего артериального давления на уровне	85-90 мм. рт. ст.
		90-100 мм. рт. ст.
		70-80 мм. рт. ст.
121	Антибактериальная терапия широкого спектра с первых минут госпитализации показана при	колото-резанных огнестрельных и минно-взрывных ранениях позвоночника
		повреждении позвоночной артерии при непроникающей шейной травме
		множественных и многоуровневых повреждениях позвоночника с неврологическим дефицитом
122	Клиническая картина спинального шока представлена в виде триады	артериальная гипотензия, брадикардия, гипотермия

		артериальная гипертензия, брадикардия, гипертермия
		артериальная гипотензия, тахикардия, тетраплегия
		артериальная гипотензия, брадипноэ, односторонний гемипарез

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

Тестовое задание №2

№	Формулировка вопроса	Варианты ответа
1	Мешок Амбу это устройство для	ручной ИВЛ
		аппаратной ИВЛ
		экспираторной ИВЛ
2	Движение воздуха в клапанах мешка Амбу	Однонаправленное
		двунаправленное
3	Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных	280мл
		600мл
		100мл
4	Объем дыхательного мешка Амбу для детей	600мл
		800мл
		1000мл
5	Объем дыхательного мешка Амбу для взрослых	1600мл
		1200мл
		1000мл
6	При проведении вентиляции мешком Амбу широкая часть лицевой маски лежит на нижней челюсти, узкая часть на	переносице
		выше бровных дуг
		нижней трети носа
7	Правильное положение пациента для проведения вентиляции легких мешком Амбу	Лежа на спине
		Лежа на боку
		сидя
8	Осмотр полости рта на предмет наличия инородных тел перед вентиляцией мешком Амбу	Обязателен
		Необязателен
		Не нужен
9	Герметичность дыхательного контура создается	Легким надавливанием на купол лицевой маски
		Запрокидыванием головы
		Введением ротоглоточного воздуховода

10	Необходимо заподозрить наличие инородного тела в верхних дыхательных путях, если у пострадавшего	катастрофически быстро развиваются нарушения дыхания
		внезапно появляется чувство «першения» в горле
		дистанционно слышны свистящие хрипы на выдохе
11	У пациента обструкция дыхательных путей инородным телом легкой степени, если пациент	может кашлять говорить
		не может кашлять, говорить,
		Дышит, но дыхание значительно затруднено и кашель ослаблен
12	У пациента обструкция дыхательных путей инородным телом тяжелой степени, если пациент	не может кашлять, говорить или кашель ослаблен
		может кашлять говорить
		дышит, но дыхание затруднено, слышны свистящие хрипы на выдохе
13	Приемы «поколачивания» или Геймлиха выполняются пациентам с обструкцией дыхательных путей инородным телом	тяжелой степени
		легкой степени
		при любой степени обструкции
14	Пациенту с легкой обструкцией верхних дыхательных путей необходимо	оказать психологическую поддержку, попросить продолжать кашлять
		выполнить прием Геймлиха
		выполнить 5 «ударов по спине»
		ничего не предпринимать
15	Пациентам с тяжелой обструкцией дыхательных путей инородным телом, находящихся в сознании. необходимо выполнить	«удары по спине» или прием Геймлиха
		сердечно-легочную реанимацию
		коникотомию
16	Пациентам без сознания с тяжелой обструкцией дыхательных путей инородным телом необходимо	начать сердечно-легочную реанимацию
		выполнить прием Геймлиха
		ничего не предпринимать до прибытия реаниматолога
		уложить в восстановительное положение
17	Возможным осложнением пальцевого исследования ротовой полости пострадавшего может быть	травма слизистой верхних дыхательных путей
		травма дистальных дыхательных путей
		кровотечение из пищевода
18	Возможным осложнением пальцевого исследования ротовой полости пострадавшего может быть	продвижение инородного тела в дистальные отделы дыхательных путей

		извлечение инородного тела
		фрагментация инородного тела
19	Перед проведением осмотра ротовой полости при подозрении на наличие инородного тела у пациента без сознания необходимо оценить	наличие дыхания
		частоту дыхания
		наличие цианоза кожи
20	Мягкий валик на молярах пострадавшего необходим при удалении инородных тел из ротовой полости у пациентов	в сознании
		без сознания
21	Прием «удары по спине» выполняют у пострадавших с тяжелой обструкцией инородным телом верхних дыхательных путей, находящихся	в сознании
		без сознания
22	При выполнении приема «поколачивания» удары наносятся	между лопаток
		в область грудины
		в область поясницы
		над лопатками
23	При выполнении приема «удары» удары должны быть	отрывистыми
		плавными
24	При выполнении приема Геймлиха руки спасателя располагаются	на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
		в области пупка пострадавшего
		в любой точке живота пострадавшего
25	При выполнении приема Геймлиха руки направление толчка	снизу вверх
		вглубь
		вниз
		направление не важно
26	При выполнении приема Геймлиха руки необходимо выполнить последовательно	не более 5 толчков
		любое количество до извлечения инородного тела
		только 1 толчок
27	После выполнения приемов Геймлиха и «поколачивания» пациента необходимо обследовать на предмет наличия	травмы внутренних органов с развитием внутреннего кровотечения
		дыхательной недостаточности
28	При выполнении приема Геймлиха беременной женщине руки спасателя располагаются	по центру грудины

		на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
		в области пупка
29	Если ребенок подавился, у него сильный кашель, то необходимо	успокоить ребенка, попросить покашлять
		потрясти за плечи, похлопать по спине
		дать выпить горячего чая
30	Пострадавший нуждается в проведении механических приемов удаления инородного тела при	неспособности к разговорной речи, кашлю, дыханию
		сильном кашле
		боли в горле
31	При инородном теле гортани голос у ребенка чаще всего	охрипший
		звонкий
		не изменен
32	Для извлечения инородного тела из дыхательных путей у ребенка старше 1 года при полной обструкции верхних дыхательных путей (отсутствует кашель) необходимо	нанести 5 ударов ладонью по спине пострадавшего, при неэффективности - прием Геймлиха
		уложить пострадавшего на свое колено лицом вниз и ударить ладонью по спине несколько раз
		вызвать рвоту, надавив на корень языка
33	При выполнении приема Геймлиха необходимо выполнить до 5 резких толчков на живот в области	между пупком и мечевидным отростком
		мечевидного отростка
		пупка
		ниже пупка
34	У детей удалять инородное тело из ротовой полости пальцами можно	только при наличии видимого объекта
		всегда
		только при легкой обструкции
35	Наиболее эффективным механизмом удаления инородного тела дыхательных путей из перечисленного является	кашель
		прием Геймлиха
		удары по спине
36	Для извлечения инородного тела из дыхательных путей у ребенка до 1 года необходимо	положить его лицом вниз на предплечье своей руки и нанести 5 ударов между лопатками
		перевернуть вверх ногами и потрясти

		перевернуть вверх ногами и ударить между лопаток
37	У ребенка до 1 года имеется инородное тело в верхних дыхательных путях, сознание сохранено, выполнены 5 ударов по спине. Инородное тело не удалено. Необходимо выполнить	5 толчков в грудную клетку
		Выполнить прием Геймлиха
		Выполнить интубацию трахеи
		Выполнить трахеотомию
38	После удаления инородного тела из верхних дыхательных путей необходимо	Оценить эффективность дыхания
		Дать ребенку воды
		Продолжить СЛР
		Ничего не предпринимать до приезда скорой медицинской помощи
39	Острый коронарный синдром	это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию
		это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ)
		это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию
40	Инфаркт миокарда со стойкими подъемами сегмента ST (ИМпST) отражает	Трансмуральную ишемию в следствие полной острой окклюзии магистральной артерии
		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 является	восполнение ОЦК
		дезинтоксикация
		витаминотерапия
113	Признаком нарушения периферической перфузии является увеличение длительности «симптома белого пятна»	более 3 секунд
		более 15 секунд
		более 2 секунды
114	При массивном кровотечении на фоне активации фибринолиза возможно применение	транексамовой кислоты
		аминокапроновой кислоты
		ацетилсалициловой кислоты
115	На догоспитальном этапе неэффективность инфузий р-ра натрия хлорида 0,9% и гидроксиэтилкрахмала при геморрагическом шоке является показанием к назначению	глюкокортикоидных гормонов
		вазопрессоров
		эритроцитарной массы
116	При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в/в болюсно вводится 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	прокальцитониновый тест

	является	
		сывороточная триптаза
		D-димер
138	Средствами выбора для эмпирической антибактериальной терапии тяжелого сепсиса (септического шока) являются	карбапенемы
		бета-лактамы
		цефалоспорины
139	Препаратами первого ряда при начальной инфузионной терапии септического шока являются	кристаллоидные растворы
		коллоидные растворы
		плазмозаменители
140	Гидрокортизон назначают больным септическим шоком в случае	неэффективности инфузионной и вазопрессорной терапии
		необходимости респираторной поддержки
		развития жизнеугрожающей гипертензии
141	Больные, которым проводится ИВЛ, должны находиться в положении	полусидя, с поднятием головного конца кровати на
		30–45 градусов
		лежа на спине, с согнутыми в коленях ногами
		лежа на правом боку
142	При гемотрансфузии пациентам с септическим шоком целевой уровень гемоглобина составляет	70–90 г/л
		60–70 г/л
		90–100 г/л
143	Оценка эффективности антибактериальной терапии сепсиса проводится через	48 часов терапии
		24 часа терапии
		12 часов терапии
144	Для верификации травмы позвоночника при невозможности выполнить КТ выполняют	спондилографию
		флюорографию
		миелографию
145	В качестве наиболее эффективной иммобилизации пострадавших с травмой позвоночника рекомендуется использование комбинацию жесткого щита под спиной и	жесткого головодержателя
		воротника Шанца
		шейной шины из подручных материалов
146	В случае выявления грубых неврологических нарушений в течение первых 8 часов с момента травмы рекомендуется болюсное введение метилпреднизолона в дозировке	30 мг/кг

		3 мг/кг
		3000 МЕ
		15 мг/кг
147	Отсутствие функции спинного мозга ниже уровня травмы в течение 3-30 дней в результате его отека, ушиба и запредельного защитного торможения 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	100 мг

	схемы (введение препарата за 2 часа)	
		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

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ПК-4.1, ПК-5.1, ПК-5.2

ЧЕК-лист № 25. Сбор жалоб, анамнеза и оценка психического статуса психотерапевтического пациента, формулирование диагноза, разработка индивидуального плана обследования и лечения психотерапевтического пациента.

	При установлении контакта
1.	Поздоровался с пациентом
2.	Предоставил пациенту место
3.	Представился, обозначил свою специальность
4.	Уточнил у пациента (под контролем сведений из медицинской документации): ФИО, возраст, дату поступления, повторность поступления, кем направлен
5.	Обратился к пациенту по имени отчеству
6.	Спросил пациента о его самочувствии
7.	Информировал пациента о процедуре беседы
8.	Получил согласие на её проведение
	При сборе жалоб
9.	Спросил у пациента о его жалобах (неприятных ощущениях)
10.	Спросил у пациента о непосредственной причине обращения к врачу
	При сборе анамнеза жизни
11.	Спросил у пациента сведения о наличии психических заболеваний у родственников информацию о течении беременности матери
12.	Спросил у пациента сведения о раннем развитии, об особенностях воспитания
13.	Получил сведения об обучении и образовании
14.	Выяснил сведения о трудовой деятельности
15.	Выяснил сведения о службе в армии (для мужчин)
16.	При отрицательном ответе, уточнил причину
17.	Уточнил сведения о половом развитии и половой жизни пациента
18.	Уточнил состав микросоциального окружения пациента (семья, друзья), характер взаимоотношений
19.	Спросил пациента о личностных особенностях (характере, интересах)
20.	Уточнил сведения об условиях проживания пациента и его социально-бытовых навыках
21.	Спросил у пациента сведения о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, судорожных приступах, аллергических реакциях
22.	Спросил у пациента сведения об употреблении алкоголя, табака и других психоактивных веществ (от опиатов, каннабиноидов, амфетаминов, кокаина, снотворных препаратов, транквилизаторов, галлюциногенов, никотина, кофеина) (ПАВ)
	При сборе анамнеза заболевания
23.	Спросил у пациента о том, что непосредственно предшествовало данному заболеванию
24.	Спросил у пациента когда началось психическое заболевание
25.	Спросил у пациента остро или постепенно началось заболевание
26.	Уточнил первые признаки болезни
27.	Выяснил изменения в последующем развитии болезни
28.	Уточнил последовательность возникновения патологических феноменов
29.	Спросил лечился ли пациент ранее
30.	При положительном ответе, уточнил когда и где лечился пациент

31.	При положительном ответе, уточнил чем лечился пациент и эффективность лечения
32.	При отрицательном ответе, уточнил, почему пациент не обращался за помощью
33.	Оценил влияние особенностей личности на формирование типа отношений с окружением
34.	Оценил влияние особенностей личности на социальное взаимодействие, профессиональный статус, гендерные отношения
35.	Оценил влияние употребления ПАВ на этиопатогенез заболевания, социальное взаимодействие, профессиональный статус, гендерные отношения
	При оценке психического статуса
36.	Оценил внешний вид пациента: соответствие возрасту; опрятность одежды, соответствие ее текущему сезону; особенности позы, мимики, жестикуляции; поведение в беседе (спокойное, негативистичное, психомоторное возбуждение)
37.	Оценил состояние сознания (ясное, помраченное, бессознательное состояние); ориентировку (в месте, времени, собственной личности)
38.	Оценил особенности контакта, речи и внимания
39.	Оценил наличие или отсутствие расстройств ощущений (количественные и качественные) и восприятия (иллюзии, галлюцинации, психосенсорные нарушения).
40.	Оценил нарушения структуры мышления, его темпа, наличие бредовых, сверхценных, навязчивых идей (есть/нет)
41.	Дал характеристику эмоциональной сферы (наличие или отсутствие страха, тревоги, изменения фона настроения – повышенное, пониженное)
42.	Дал характеристику расстройств памяти
43.	Оценил уровень интеллектуальной деятельности, соответствие ее возрасту пациента, его образованию, жизненному опыту. Оценил запас знаний и навыков, круг интересов, зрелость суждений, способность к абстрагированию.
44.	Оценил наличие или отсутствие опасных тенденций (суицидальные мысли/поведение, агрессия, аутоагрессия)
45.	Оценил отношение пациента к пребыванию в специализированном медицинском учреждении; к лечению; критику пациента к болезни, своему состоянию
46.	Оформил психический статус в истории болезни
47.	Сформулировал ведущий психопатологический синдром
48.	Сформулировал нозологический диагноз
49.	Наметил план обследования (лабораторного, инструментального, консультации врачей-специалистов)
50.	Оформил план обследования в истории болезни
51.	Разработал план лекарственной терапии
52.	Назначил лекарственное лечение, оформил план лечения в истории болезни
53.	Разработал план психотерапевтического лечения
54	Назначил психотерапевтическое лечение, оформил в истории болезни

Контрольные вопросы:

1.Организация стационарной психотерапевтической помощи.

2. Организация амбулаторной психотерапевтической помощи

3. Методы исследования, применяемые в психотерапии и психиатрии.

4. Понятие симптома и синдрома в психиатрии, их значение для диагностики психических расстройств.

5.Понятие продуктивной и негативной симптоматики, их диагностическое значение

6. Порядок сбора анамнеза жизни у пациента с психиатрическим заболеванием

7. Неотложные состояния в психиатрии.
8. Невротические и неврозоподобные синдромы, клиническая характеристика
9. Неврастения. Клинические проявления.
10.Обсессивно-фобический невроз. Клинические проявления.
11. Истерия. Клинические проявления
12.Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии.
13. Психотерапия и психопрофилактика в клинике неврозов, связанных со стрессом и соматоформных расстройств
14. Основные фармакологические группы препаратов, применяемые при лечении психических расстройств
15.Неотложные состояния в психиатрии

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по обучающему симуляционному курсу
«Специальные профессиональные умения и навыки»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по обучающему симуляционному курсу «Специальные профессиональные умения и навыки» рассмотрены и обсуждены на кафедре психиатрии и психотерапии с клиникой.

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.

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА**
	(наименование практики)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.22 Психотерапия**
	(код специальности и наименование)
Направленность	**Психотерапия**
	(название направленности)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра психиатрии и психотерапии с клиникой**
	(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1, 2**
Форма промежуточной аттестации	**зачет /зачет/курсовая работа**
Общая трудоемкость практики	**108/3 (час/зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа практики «Научно-исследовательская работа» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 16.10.2023 № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Краснов Алексей Александрович	д.м.н. доцент	Профессор кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Хабаров Иван Юрьевич	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа практики «Научно-исследовательская работа» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

Рабочая программа практики «Научно-исследовательская работа» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

Пояснительная записка к рабочей программе «Научно-исследовательская работа»

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия, с в соответствии с Квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. № 541н., а также с учётом требований к квалификационным характеристикам ЕКСД.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель: обучение способам реализации научно-исследовательского проекта в профессиональной области ординатора, с помощью получения знаний о системной, критической оценке информации в области медицины, планирования задач и методик исследования, использования современных технологий обработки данных, информации и представления исследования.

Задачи:

1. Сформировать навык планирования, организации и проведения научного исследования по актуальной проблеме в психотерапии.
2. Сформировать умение выбирать, обосновывать и осваивать методы, соответствующие поставленной цели; обрабатывать и критически оценивать результаты исследований.
3. Научить подготовке и оформлению научных публикаций, отчетов, докладов.
4. Обучить сбору и анализу научной информации по проблеме с использованием современных методов автоматизированного сбора и обработки информации.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Научно-исследовательская работа относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 2 «Практики» и проводится на первом и втором годах обучения.

Теоретической основой для освоения практики «Научно-исследовательская работа» являются практики учебного плана подготовки ординаторов по специальности 31.08.22 Психотерапия.

«Научно-исследовательская работа» осваивается в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции, установленные программой ординатуры.

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	Знает: методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и формации по теме научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации для их применения в научном исследовании	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и формации	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - применять методы системного анализа достижений в области психотерапии для решения профессиональных задач при проведении исследований	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа	Знает: - методы и приемы системного анализа для их применения в	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы

		достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	области психотерапии	Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - использовать методы и приёмы системного анализа в области психотерапии для их применения в научном исследовании и получения результатов в профессиональном контексте	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски	Знает: - методы проектирования по применению методов исследования в области психотерапии	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - разрабатывать и реализовывать проект и управлять им при применении методов исследования в области психотерапии	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности	Знает: - механизм разработки проектов в области медицины и здравоохранения и определение критериев его эффективности	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в

				форме мультимедийной презентации
			Умеет: - разработать проект в области медицины и здравоохранения и определить критерии его эффективности	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта	Знает: последовательность действий и конкретные требования к результатам каждого этана реализации проекта	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: к заданному сроку анализировать и систематизировать специализированную научную литературу по заданной теме; оценивать соответствие полученных результатов запланированным.	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5**. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и способен	Знает: - цель, задачи и направление собственного профессионального и личностного развития в исследовательской деятельности и возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

	задачи изменения карьерной траектории	минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Умеет: - выбирать основное направление собственного профессионального и личностного развития в исследовательской деятельности и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		УК-5.2. Применяет методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		УК-5.3. Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

* Данные практические навыки обязательны для выполнения НИР в любой форме.

ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности. ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития. ОПК-1.3. Способен использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению.	Знает: - современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития -основные правовые средства защиты информации	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, представление клинического случая в виде мультимедийной презентации, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития - анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*), написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, представление клинического случая в виде мультимедийной презентации, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1. Умеет осуществлять педагогические действия для решения различных профессиональных	Знает: педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, выполняющих исследование, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: ПН (подготовка учебно-

		задач ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения.		методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, выполняющих исследование, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
Медицинская деятельность	**ОПК-9** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе	Знает: -содержание планов работы и отчетов необходимых для проведения научного исследования -основные статистические методы изучения объема и структуры данных для реализации научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: -составлять план работы и отчет и работе по научному исследованию - пользоваться статистическими методами изучения объема и структуры данных для реализации научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том	Знает: - правила оформления медицинской документации,	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы

		числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными.	необходимой для проведения научного исследования в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психотерапии, в том числе в форме электронного документа	Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
			Умеет: - заполнять медицинскую документацию, необходимую для проведения научного исследования в том числе в форме электронного документа.	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

* Данные практические навыки обязательны для выполнения НИР в любой форме.

ПРОФЕСИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип профессиональной деятельности – Педагогическая деятельность			
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий при поддержке руководителя.	Знает: педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: отчет по педагогической практике, ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		Умеет: применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*)

		организациях СПО и ДПО.	Для промежуточной аттестации: отчет по педагогической практике, ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
	ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов под руководством куратора.	Знает: педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности с использованием современных образовательных технологий и материалов образовательных порталов.	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: отчет по педагогической практике, ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		Умеет: применять педагогические методы с использованием современных образовательных технологий и материалов образовательных порталов.	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: отчет по педагогической практике, ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
Тип профессиональной деятельности – Деятельность в сфере научных исследований			
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	Знает: основные современные компьютерные технологии и профессиональные базы данных для поиска информации по теме научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		Умеет: использовать современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных по теме научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
	ПК-2.2. Проводит статистический анализ	Знает: - современные компьютерные	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы

	данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	технологии при осуществлении профессиональной деятельности по теме научного исследования	Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		Умеет: - проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач по теме научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
	ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок	Знает: - современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок по теме научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
		Умеет: - применять современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок по теме научного исследования	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
	ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Знает: - правила работы и источники основной научной и справочной литературы, электронные научные базы данных (платформы) и методы поиска научной информации	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

		Умеет: - работать с основной научной и справочной литературой, электронными научными базами данных (платформами) и применяет методы поиска научной информации	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

* Данные практические навыки обязательны для выполнения НИР в любой форме.

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в акад. час.	**Курс 1-**		**Курс 2 -**
			ПА 2	**ПА 3**	**ПА 4**
Аудиторная контактная работа обучающегося		**54**	18	18	18
Самостоятельная работа		**54**	18	18	18
Общая трудоемкость практики	часы	**108**	36	36	36
	зач. ед.	**3**	1	1	1
Из них на практическую подготовку:			18	18	18
Промежуточная аттестация			**зачет**	**зачет**	**курсовая работа**

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости практики «Научно-исследовательская работа».

4.2. Содержание научно-исследовательской работы, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продол жительн ость	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1. Контактная работа 18 час.			
1.	Планирование научной работы. Обоснование актуальности темы научного исследования. Формулирование цели и задач исследования. Утверждение темы и научного руководителя НИР на заседание кафедры.	8	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
2.	Организация и выполнение научного исследования. Взаимодействие с другими специалистами по отбору пациентов для проведения НИР (формирование групп пациентов).	10	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 Контактная работа 18 час.			
1.	Выполнение научного исследования. Предварительный анализ полученных данных.	6	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
2.	Проведение сравнительного анализа с результатами других методов исследования согласно цели и задачам НИР. Проведение анализа эффективности методов исследования согласно целями и задачам НИР	6	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
3.	Статистическая обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий.	6	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3. Контактная работа 18 час.			
1.	Выполнение научного исследования. Подготовка текста курсовой работы. Отчёт по текущим результатам НИР. Написание тезисов, статей по теме НИР, публикация в профильных журналах.	6	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
2.	Подготовка и выступления с докладами на различных конференциях, форумах. Систематизация и обобщенный анализ, полученной в ходе НИР информации.	6	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
3.	Формулирование заключения и выводов по результатам НИР. Представление текста курсовой работы и отчета в форме мультимедийной презентации	6	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2
ИТОГО		**54**	

*Перечень компетенций и формируемые профессиональные умения и навыки представлены в приложении к программе с описанием оценочных средств.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Оценка проверки формирования компетенций по практике при текущем контроле:

Наименование раздела	Содержание практики	Трудоемкость (в часах)	Формы контроля
1 курс_ Промежуточная аттестация № 1			
	Планирование научной работы. Обоснование актуальности темы научного исследования. Формулирование цели и задач исследования. Утверждение примерной темы НИР на заседание выпускающей кафедры; утверждение научного руководителя. Организация и выполнение научного исследования, лабораторных экспериментов, сбор эмпирического и практического материала согласно целям и задачам НИР.	36	Дневник практики, отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации, подготовка курсовой работы.
2 курс_ Промежуточная аттестация № 2			
	Выполнение научного исследования, лабораторных экспериментов, сбор эмпирического и практического материала согласно целям и задачам НИР. Обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий. Отчёт по текущим результатам, освоений новых методологических подходов для решения задач НИР.	36	Дневник практики, отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, подготовка учебно-методических материалов*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации, подготовка курсовой работы.
2 курс_ Промежуточная аттестация № 3			
	Выполнение научного исследования. Подготовка текста курсовой работы. Отчёт по текущим результатам НИР. Написание тезисов, статей по теме НИР, публикация в профильных журналах. Подготовка и выступления с докладами на различных конференциях, форумах. Систематизация и обобщенный анализ, полученной в ходе НИР информации. Формулирование заключения и выводов по результатам НИР. Представление текста курсовой работы и отчета в форме мультимедийной презентации	36	Дневник практики, отчет по практике, ПН (представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных, написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации*, представление клинического случая в виде мультимедийной презентации), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации, подготовка курсовой работы.
	Общая трудоемкость	**108**	

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

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки компетенции или индикатора достижения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Дневник практики, отчет по практике, ПН, курсовая работа, мультимедийная презентация
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Дневник практики, отчет по практике, ПН, курсовая работа, мультимедийная

	презентация
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Дневник практики, отчет по практике, ПН, курсовая работа, мультимедийная презентация
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Дневник практики, отчет по практике, ПН, курсовая работа, мультимедийная презентация
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	Дневник практики, отчет по педагогической практике, ПН, мультимедийная презентация
ОПК-9. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными.	Дневник практики, отчет по практике, ПН, курсовая работа, мультимедийная презентация
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Дневник практики, отчет по педагогической практике, ПН, мультимедийная презентация
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	Дневник практики, отчет по практике, ПН, курсовая работа, мультимедийная презентация

5.3 Организация промежуточной аттестации

5.3.1. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Выполнение научно-исследовательской работы структурировано по трём разделом, каждый из которых заканчивается промежуточной аттестацией. Содержание научно-исследовательской работы в каждом периоде указывается в индивидуальном плане, который разрабатывается обучающимся совместно с научным руководителем, утверждается на заседании выпускающей кафедры и отражается по каждому периоду в отчете о прохождении практики.

Формы контроля	Название раздела	Вид контроля
Текущий контроль	Промежуточная аттестация № 1	Отчет по практике, текущий отчет по курсовой работе в виде мультимедийной презентации, ПН, зачет
	Промежуточная аттестация № 2	Отчет по практике, текущий отчет по курсовой работе в виде мультимедийной презентации, представление учебно-методических материалов, ПН, зачет
Промежуточная аттестация по практике № 3		**Защита курсовой работы**

5.3.2 Формы проведения научно-исследовательской работы

Научно-исследовательская работа может осуществляться в следующих формах:

- выполнение задания научного руководителя в соответствии с утвержденным индивидуальным планом работы (описание клинического случая, научно-исследовательская работа) по профилю образовательной программы;
- проведение научно-исследовательских работ в рамках бюджетных тем и приоритетных направлений научно-исследовательской работы ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» и сторонних организаций, с которыми заключен договор о практической подготовке обучающихся и на базе которых могут быть проведены исследования по профилю образовательной программы;
- выполнение научно-исследовательских работ в рамках грантов и хоздоговорных работ,

осуществляемых ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» и сторонних организаций, с которыми заключен договор о практической подготовке обучающихся и на базе которых могут быть проведены исследования по профилю образовательной программы;
- подготовка и публикация тезисов, докладов, материалов конференций и научных статей.

Итог научно-исследовательской деятельности обучающегося предоставляется в виде отчетов по практике, докладов и научных публикаций, оформленных в соответствии с представляемыми требованиями и в виде заключительной курсовой работы.

5.3.2 Организация текущего контроля и промежуточных аттестаций

Научно-исследовательская практика организуется на кафедрах и в научно-исследовательских подразделениях ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» и сторонних организациях, с которыми заключен договор о практической подготовке обучающихся и на базе которых могут быть проведены научные исследования по направлению подготовки 31.08.22 Психотерапия.

В период прохождения практики, обучающиеся подчиняются всем правилам внутреннего трудового распорядка и техники безопасности организации, на базе которой проходят производственную практику «Научно-исследовательская работа».

Промежуточная аттестация обучающихся по научно-исследовательской работе проводится на основании отчетов по практике на заседаниях кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным учебным графиком.

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы: дневник и письменный отчет по практике или мультимедийную презентацию отчета по практике, а также отзыв руководителя.

Оценка уровня сформированности компетенций, знаний, умений, опыта практической деятельности обучающихся в ходе последней заключительной аттестации, учитывает результаты промежуточных аттестаций и оценкой курсовой работы по традиционной шкале оценивания: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценивания

Критерий	«Неудовл.»	«Удовл.»	«Хорошо»	«Отлично»
Отчет по практике (уровень проработанности отчета; структурированность материала; соответствие методических подходов поставленным задачам)	Отчет оформлен не в соответствии с требованиями, установленными программой практики; индивидуальное задание не выполнено более чем на 70%, аналитические выводы приведены с ошибками. Отчет не подписан, отсутствует печать базы практики	Отчет оформлен с нарушением требований, установленных программой практики; отсутствует четкая структурированность материала; слабый уровень проработанности полученных результатов	В отчете содержатся незначительные неточности; отчет структурирован; методические подходы соответствуют задачам; хороший уровень проработанности полученных результатов	Отчет полностью соответствует установленным программой практики требованиям; высокий уровень проработанности всех разделов отчета; четкая структурированность материала; все методические подходы соответствуют поставленным задачам; высокий уровень обработки полученных результатов
Качество	оформление	оформление	презентация оформлена	презентация оформлена

презентации курсовой работы (структурированность материала; информативность; наглядность; умение докладывать, критически оценивать результаты и выводы своей работы, вести дискуссию)	презентации не выдержано в едином стиле, отсутствует наглядный материал и логика изложения, в тексте много грамматических ошибок; изложение материала непоследовательное, мысли сформулированы нечетко; ординатор не отвечает на вопросы по содержанию научно-исследовательской работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов	презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, количество наглядного материала не более 20 %; имеются грамматические ошибки – более 5; изложение материала непоследовательное, мысли сформулированы нечетко; в ответах на вопросы к докладу ординатор показывает недостаточные знания закономерностей в области проведенных исследований, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований	хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; количество наглядного материала составляет не менее 40 % от общего объема презентации, грамматических ошибок не более 3; изложение материала последовательное, мысли сформулированы четко; при ответах на вопросы к докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области исследования, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований	в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; наглядный материал (фотографии, рисунки, таблицы, диаграммы, графики и т.д.) составляет 80 % и более всего объема презентации; отсутствуют грамматические ошибки; изложение материала последовательное, мысли сформулированы четко, свободное владение материалом; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований

Примерные ***темы курсовых работ***:

1. Критерии эффективности и неэффективности психотерапии. Причины неблагоприятных результатов психотерапевтического лечения.
2. Теории развития личности в практике психотерапевта.
3. Семейная психотерапия. Основные принципы проведения.
4. Коллективная и групповая психотерапия. Показания и противопоказания. Принципы проведения коллективной и групповой психотерапии.
5. Возникновение психоанализа. Формирование психоаналитических теорий. Современные направления психоанализа.

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 практике:

Операционная система семейства Windows
Пакет OpenOffice
Пакет LibreOffice
Microsoft Office Standard 2016
NETOP Vision Classroom Management Software
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России http://moodle.almazovcentre.ru/
САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

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

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
ЭБС «Букап» (https://www.books-up.ru/)
ЭБС «Юрайт» (https://urait.ru/)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (https://speclit.profy-lib.ru/)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
Научная электронная библиотеке http://elibrary.ru/

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

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex (http://www.google.ru; http://www.rambler.ru; http://www.yandex.ru/)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (http://www.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 (https://minzdrav.gov.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. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / под ред. проф., д.м.н. В.А. Решетникова. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное

агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/36720
2. Информатика, медицинская информатика, статистика: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459218.html
3. Научно-исследовательская работа: учебное пособие для вузов / В. И. Горовая. — М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL: https://urait.ru/bcode/496767
4. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454992.html
5. Сладкова, О. Б. Основы научно-исследовательской работы: учебник и практикум для вузов / О. Б. Сладкова. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 154 с. - Текст: электронный // URL: https://urait.ru/bcode/520028
6. Байбородова, Л. В. Методология и методы научного исследования: учебное пособие для вузов / Л. В. Байбородова, А. П. Чернявская. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 221 с. — Текст: электронный // URL: https://urait.ru/bcode/513258

Дополнительная литература:

1. Методология научных исследований в клинической медицине / Н. В. Долгушина [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438985.html
2. Организационно-аналитическая деятельность: учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440698.html
3. Медицинская информатика: учебник / под общ. ред. Т.В. Зарубиной, Б.А. Кобринского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436899.html
4. Медицинская информатика: учебник / В.П. Омельченко, А.А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436455.html
5. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г. Н. Царик - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.html
6. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты / И. А. Шамов, С. А. Абусуев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429754.html

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1. Методические указания для обучающихся по освоению практики

Прохождение производственной практики «Научно-исследовательская работа» включает контактную работу с научным руководителем практики, самостоятельную научно-исследовательскую работу и промежуточную аттестацию.

Обучающийся совместно с научным руководителем осуществляет планирование научной работы, обосновывает актуальность темы научного исследования, формулирует цели и задачи исследования. В ходе научно-исследовательской работы обучающийся

приобретает профессиональные навыки формулирования новых задач, возникающих в ходе исследования, навыки выбора, обоснования и освоения методов, адекватных поставленной цели; обработки и критической оценки результатов исследований.

Обучающийся самостоятельно выстраивает профессиональную траекторию освоения новых знаний, инновационных методических подходов необходимых для решения поставленных задач НИР с учетом знаний и умений, полученных в ходе освоения практик учебного плана, а также согласно накопленному опыту профессиональной деятельности в ходе выполнения этапов научно-исследовательской работы, что обеспечивает базис для самообразования по завершении обучения в ординатуре и способствует конкурентоспособности при динамично изменяющихся требований рынка труда.

Перед началом выполнения научно-исследовательской работ обучающийся обязательно проходит инструктаж по технике безопасности и расписывается в соответствующем журнале.

Самостоятельная работа способствует формированию у обучающегося навыков самостоятельного приобретения знаний, пользуясь разнообразными источниками информации; умений систематизировать и анализировать информацию с учетом современных методологических подходов для постановки нестандартных профессиональных задач в выбранной области; навыков использования современного программного обеспечения и профессиональных баз данных для решения инновационных задач; развитию умений подготовки и оформления научных публикаций, отчетов, постерных и устных докладов; формированию у обучающихся этических норм в процессе межкультурного и профессионального общения; а также формированию навыков оценивания своих ресурсов и их пределов.

Для самостоятельной работы в течение всего периода обучения имеется индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде Центра Алмазова из любой точки, в которой есть доступ к сети «Интернет», как на территории Центра Алмазова, так и вне ее.

Обучающийся, отстраненный от практики или работа которого на практике признана неудовлетворительной, считается не выполнившим программу практики. Не выполнение программы практики без уважительной причины признаётся академической задолженностью.

7.2 Учебно-методические материалы для обучающихся:
Учебно-методические материалы для обучающихся
https://moodle.almazovcentre.ru/
Учебно-методические материалы для преподавателей
https://moodle.almazovcentre.ru/

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

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

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде Центра Алмазова из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть «Интернет»), как на территории Центра Алмазова, так и вне ее.

Электронная информационно-образовательная среда Центра Алмазова обеспечивает:

- доступ к учебному плану, рабочей программе практики, электронным учебным изданиям и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочей программе практики;
- формирование электронного портфолио обучающегося.
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по «Научно-исследовательская работа», соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

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

В целях освоения рабочей программы практики «Научно-исследовательская работа» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы практики обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения.

Приложение №1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ ПРАКТИКИ
«**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА**»

Специальность ординатуры	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

1413

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по производственной практике «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»

- **В результате освоения дисциплины обучающийся должен обладать следующими компетенциями:** УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2-1.3; ПК-2.
- **Описание показателей и критериев оценивания компетенций в процессе изучения дисциплины**

Компетенция (индикатор)	**Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения**			**Оценочные средства**
	«Удовлетворительно»	«Хорошо»	«Отлично»	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности и в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ	Знает: твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения	Знает: - глубоко и прочно усвоил программный материал практики, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий - методы и приемы системного анализа для их применения в области психотерапии	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования), по отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
	Умеет: использовать базовые навыки организации научного исследования и интерпретации их результатов	Умеет: использовать основные методы организации научного исследования и умеет хорошо интерпретировать их результаты	Умеет: - использовать методы и приёмы системного анализа в области психотерапии для достижения эффективности при их применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования), по отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Знает: базовые понятия о принципах разработки проектов	Знает: основные положения, касающиеся разработки проектов и управления ими	Знает: - методы проектирования по применению методов исследования в области психотерапии	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*,

				представление данных в виде диаграмм и таблиц*, написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
	Умеет: использовать базовые навыки разработки проектов	Умеет: использовать основные методы разработки проектов и управления ими	Умеет: - разрабатывать и реализовывать проект и управлять им при применении методов исследования в области психотерапии	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: слабые знания цели, задач и направлений собственного профессионального и личностного развития и возможные риски при изменении карьерной траектории, а также методов объективной оценки собственного профессионального и личностного развития в исследовательской деятельности, включая задачи изменения карьерной траектории Умеет: слабо и не в полной мере выбирает основное направление собственного	Знает: достаточные знания цели, задач и направлений собственного профессионального и личностного развития в исследовательской деятельности и возможные риски при изменении карьерной траектории, а также методов объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории Умеет: с незначительными ошибками выбирает основное направление собственного профессионального и личностного развития и	Знает: глубокие знания цели, задач и направлений собственного профессионального и личностного развития в исследовательской деятельности и возможные риски при изменении карьерной траектории, а также методов объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории Умеет: свободно и правильно выбирать основное направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории, а также применять методы объективной оценки собственного	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

	профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории, а также применяет методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории, а также применяет методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	
ОПК-1 Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Умеет: использовать базовые навыки организации научного исследования и интерпретации их результатов	Умеет: использовать основные методы организации научного исследования и умеет хорошо интерпретировать их результаты	Умеет: использовать современные методы научного исследования и способен полно и всесторонне интерпретировать их результаты	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет практики подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования, представление клинического случая в виде мультимедийной презентации, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Знает слабо нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе медицинского образования Не «умеет» осуществлять отбор и использовать	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания. Умеет в целом использовать технологии образовательного процесса для организации деятельности обучающегося.	Знает: педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения Умеет: использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: ПН (подготовка учебно-методических материалов

	оптимальные методы преподавания		технические средства обучения	(подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знает: слабые знания основных положений и программы статистической обработки данных для реализации научного исследования, а также правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психотерапии, в том числе в форме электронного документа Умеет: слабо и не в полной мере пользуется статистическими методами изучения	Знает: достаточные знания основных положений и программы статистической обработки данных для реализации научного исследования, а также правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психотерапии, в том числе в форме электронного документа Умеет: с незначительными ошибками пользуется статистическими методами изучения объема и структуры медицинской помощи населению	Знает: глубокие знания основных положений и программы статистической обработки данных для реализации научного исследования, а также правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психотерапии, в том числе в форме электронного документа Умеет: свободно и правильно пользоваться статистическими методами изучения объема и структуры медицинской помощи населению, а также заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа	Для текущего контроля: Дневник практики, подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательны м программам в организациях ВО	Демонстрирует слабые знания методов и приёмов организации педагогической деятельности и умения применять педагогические методы в организации обучения с использованием современных компьютерных технологий	Демонстрирует хорошие знания в определении методов планирования и проведения занятия с использованием современных образовательных технологий и способен применить педагогические методы .	Знает: педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО Умеет: применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и	Для текущего контроля: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала*) Для промежуточной аттестации: ПН (подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач,

			ДПО	методических пособий, оформление образовательного портала*), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	Знает: слабые знания современных компьютерных технологий при осуществлении профессиональной деятельности по теме научного исследования, а также при представлении результатов новых разработок Умеет: слабо и не в полной мере проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ	Обладает достаточными знаниями современных компьютерных технологий при осуществлении профессиональной деятельности по теме научного исследования, а также при представлении результатов новых разработок Умеет: с незначительными ошибками проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ	Демонстрирует глубокие знания современных компьютерных технологий при осуществлении профессиональной деятельности по теме научного исследования, а также при представлении результатов новых разработок Умеет: свободно и правильно проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач и новых разработок	Для текущего контроля: Дневник практики, отчет по практике подготовка курсовой работы Для промежуточной аттестации: отчет по практике, ПН (разработка и представление дизайна исследования*, составление карты пациента, участвующего в исследовании*, составление базы данных по теме исследования*, представление данных в виде диаграмм и таблиц*, обоснование использования статистических методов обработки данных), отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации

3. Организация текущего и промежуточного контроля

Формы контроля	Название раздела	Вид контроля
Текущий контроль	Промежуточная аттестация № 1	Дневник практики, отчет по практике в виде мультимедийной презентации, ПН, зачет
	Промежуточная аттестация № 2	Дневник практики, отчет по практике в виде мультимедийной презентации, ПН, зачет
Промежуточная аттестация по дисциплине № 3 (заключительная)		**Курсовая работа**

Своевременное выполнение обучающимся мероприятий текущего контроля позволяет превысить (достигнуть) пороговый уровень («удовлетворительно») освоения предусмотренных элементов компетенций

4. Форма заключительной промежуточной аттестации по дисциплине - зачет с оценкой.

5. Этапы проведения заключительной промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы компетенции
1	Представление	Дневник практики, отчет по практике,	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1;

	отчетной документации по практике	характеристика научного руководителя практики	ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2.
2	Курсовая работа	Курсовая работа и Мультимедийная презентация	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2.

Промежуточная аттестация обучающихся по практике «Научно-исследовательская работа» проводится на основании отчетов по практике на заседание кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом научно-исследовательской работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным учебным графиком.

Результаты НИР считаются достигнутыми, если для всех элементов компетенций превышен (достигнут) пороговый уровень освоения компетенции на данном этапе.

Отчет по практике (НИР) предоставляется обучающимся не позднее последнего дня практики.

6. Критерии оценивания

Оценка уровня сформированности компетенций, знаний, умений, опыта практической деятельности обучающихся в ходе промежуточной аттестации, проводимой по результатам прохождения практики в форме зачета с оценкой, осуществляется посредством традиционной шкалы оценивания: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»

Критерий	**«Неудовл.»**	**«Удовл.»**	**«Хорошо»**	**«Отлично»**
Отчет по практике (уровень проработанности отчета; структурированность материала; соответствие методических подходов поставленным задачам)	Отчет оформлен не в соответствии с требованиями, установленными программой практики; индивидуальное задание не выполнено более чем на 70%, аналитические выводы приведены с ошибками. Отчет не подписан, отсутствует печать базы практики	Отчет оформлен с нарушением требований, установленных программой практики; отсутствует четкая структурированность материала; слабый уровень проработанности полученных результатов	В отчете содержатся незначительные неточности; отчет структурирован; методические подходы соответствуют задачам; хороший уровень проработанности полученных результатов	Отчет полностью соответствует установленным программой практики требованиям; высокий уровень проработанности всех разделов отчета; четкая структурированность материала; все методические подходы соответствуют поставленным задачам; высокий уровень обработки полученных результатов
Качество презентации и курсовой работы (структурированность материала; информативность; наглядность; умение докладывать, критически оценивать результаты и выводы своей	Оформление курсовой работы и презентации не выдержано в едином стиле, отсутствует наглядный материал и логика изложения, в тексте много грамматических ошибок; изложение материала непоследовательное, мысли сформулированы нечетко; ординатор не отвечает на	Оформление курсовой работы и презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, количество наглядного материала не более 20 %; имеются	Курсовая работа и презентация оформлена хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; количество наглядного материала	Курсовая работа и презентация оформлены в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; наглядный материал (фотографии, рисунки, таблицы, диаграммы, графики и т.д.) составляет 80 % и более всего объема презентации;

работы, вести дискуссию)	вопросы по содержанию научно-исследовательской работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов	грамматические ошибки – более 5; изложение материала непоследовательное, мысли сформулированы нечетко; в ответах на вопросы к докладу ординатор показывает недостаточные знания закономерностей в области проведенных исследований, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований	составляет не менее 40 % от общего объема презентации, грамматических ошибок не более 3; изложение материала последовательное, мысли сформулированы четко; при ответах на вопросы к докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области исследования, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований	отсутствуют грамматические ошибки; изложение материала последовательное, мысли сформулированы четко, свободное владение материалом; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований

Примеры тем курсовых работ по специальности 31.08.22 Психотерапия

Защита курсовой работы проверяет сформированность компетенций
УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2-1.3; ПК-2.

6. Критерии эффективности и неэффективности психотерапии. Причины неблагоприятных результатов психотерапевтического лечения.
7. Теории развития личности в практике психотерапевта.
8. Семейная психотерапия. Основные принципы проведения.
9. Коллективная и групповая психотерапия. Показания и противопоказания. Принципы проведения коллективной и групповой психотерапии.
10. Возникновение психоанализа. Формирование психоаналитических теорий. Современные направления психоанализа.
11. Показания и противопоказания для проведения психоанализа. Принципы проведения психоанализа.
12. Кризисная психотерапия и психологическое консультирование. Особенности психотерапии больных с суицидальным риском.
13. Эмоционально-рациональная психотерапия, показания к ее применению.
14. Рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия. Отличия. Показания и противопоказания.
15. Нейролингвистическое программирование. Основные теоретические положения и методы.
16. Клиент-центрированная психотерапия. Показания к ее применению.
17. Рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия. Отличия. Показания и противопоказания. Принципы проведения рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии.

18. Арттерапия. Показания и противопоказания. Принципы проведения арттерапии.
19. Наркопсихотерапия. Показания и противопоказания. Принципы проведения наркопсихотерапии.
20. Основные теоретические положения гештальт-терапии, показания к применению.
21. Гипносуггестивная терапия, ее разновидности. Основные показания к применению.
22. Эриксонианский гипноз, основные принципы, показания для применения.
23. Аутогенная тренировка и методы саморегуляции (техника, показания к применению).
24. Современные методы психотерапии аддиктивной патологии.
25. Психотерапия шизофрении.
26. Психотерапия аффективных расстройств.
27. Невротические и связанные со стрессом расстройства. Этиология, патогенез, принципы психотерапии.
28. Психосоматические расстройства и возможности их психотерапии.
29. Расстройства личности (современная классификация, возможности психотерапии).
30. Функциональные и органические речевые расстройства. Приемы психотерапевтической коррекции речи.

Примеры практических навыков для проверки формирования компетенций*
(проверяемые компетенции: УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-3; ОПК-9; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-2)

1. Разработка и представление дизайна исследования*
2. Составление карты пациента, участвующего в исследовании*
3. Составление базы данных по теме исследования
4. Представление данных в виде диаграмм и таблиц*
5. Обоснование использования статистических методов обработки данных
6. Написание тезисов, выступление с постерным или устным докладом по теме исследования
7. Отчет по курсовой работе в форме мультимедийной презентации*
8. Представление клинического случая в виде мультимедийной презентации
9. Подготовка учебно-методических материалов (подбор литературы, составление тестов, ситуационных задач, методических пособий, оформление образовательного портала) *
10. Дневник практики*

*В зависимости от выполняемого задания используется овладение разными практическими навыками. Навыки, отмеченные * обязательны для любого вида НИР.

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ПРАКТИКЕ

Шаблон дневника практики

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ В.А. АЛМАЗОВА»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра _____

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ

«Практика по научно-исследовательской работе»
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 «Практика НИР»

№ 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.

Характеристика ординатора
по практике «Практика по НИР»

(Ф.И.О. обучающегося)

Руководитель практики
ИМО ФГБУ
«НМИЦ им. В.А. Алмазова» _____ _____
подпись Ф.И.О.

«_____»_____20___г.

Требования по оформлению карты пациента

В карте пациента необходимо указать следующие данные:

- ФИО, пол, дата рождения, возраст, номер амбулаторной/стационарной карты, отделение, дата осмотра, диагноз, психический статус, данные клинических тестирований/лабораторных/инструментальных исследований

Пример карты пациента

ФИО
_____
_____
Возраст, дата рожд. _____Телефон _____№ и/б
_____
Вес_____Рост_____Индекс массы тела_____
профессия_____Дата осмотра _____ЛПУ,
отделение_____
Диагноз_____
Жалобы_____
_____
_____
Продолжительность заболевания_____Возраст
дебюта_____
Среднегодовая частота обострений _____
Анамнестические данные:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Психический статус
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Препараты_____
_____
_____
Схема приема и дозы последнего
препарата_____
_____

Шкалы*	1 осмотр	Через 6-12 мес

SCL-90-R		
HAMD		
HAMA		
MMSE		

Сопутствующие заболевания		
курение (что курит_____)	да	нет/бросил
гипертензия	да	нет
ожирение	да	нет
диабет	да	нет
коагулопатия	да	нет
бронхообструктивные заболевания	да	нет
онкология	да	нет
заболевания мочевыделительной системы	да	нет
заболевания печени	да	нет
аутоиммунные заболевания	да	нет
аллергия (на что?_____)	да	нет
другое		

Данные ОКТ

Лабораторные данные

Динамика общего состояния и психического статуса

1 осмотр	
6 мес	

Требования по оформлению мультимедийной презентации

1. Текст должен хорошо читаться. На темном фоне – светлые символы и наоборот. Шрифт для заголовков – не менее 24. Для информации не менее 18.
2. Дизайн должен быть простым и лаконичным.
3. Каждый слайд должен иметь заголовок.
4. На слайдах презентации должны быть представлены основные тезисы доклада, избегайте большого количества текста. Презентация – это вы и ваш рассказ, то, что показывается на стене — это дополнительные материалы.
5. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации.
6. Медиаматериалы, такие как изображения, фотографии, схемы, графики, диаграммы, схемы, звуковые эффекты, видеофрагменты, содержащиеся в презентации, должны быть нацелены на улучшение восприятия информации и должны иметь смысл.

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

для подготовки и обучению по практике
«Научно-исследовательская работа»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **31.08.22 Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы для типа производственной практики «Научно-исследовательская работа» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии и с клиникой.

1. Общие положения

Научно-исследовательская практика (далее 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.

- В период прохождения практики, обучающиеся подчиняются всем правилам внутреннего трудового распорядка и техники безопасности организации, на базе которой проходят производственную практику «Научно-исследовательская работа» и должны:

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.

Промежуточная аттестация обучающихся по научно-исследовательской работе 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.

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.

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 научно-исследовательской практической подготовки обучающихся по программам ординатуры

2.1. Научно-исследовательская практика организуется на кафедрах и в научно-исследовательских подразделениях ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» и сторонних организациях, с которыми заключен договор о практической подготовке обучающихся и на базе которых могут быть проведены научные исследования по выбранному направлению (специальности).

2.2. 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.

2.3. Для руководства практикой ординаторов от ИМО приказом директора ИМО по представлению заведующего кафедрой назначается руководитель практики на кафедре.

2.4. 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).

2.5. 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.

Отчетными документами ординатора по практической подготовке являются: и письменный отчет по практике или мультимедийнаяая презентацияя отчета по практике, а также отзыв руководителя.

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 научно-исследовательскую 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.

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

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.

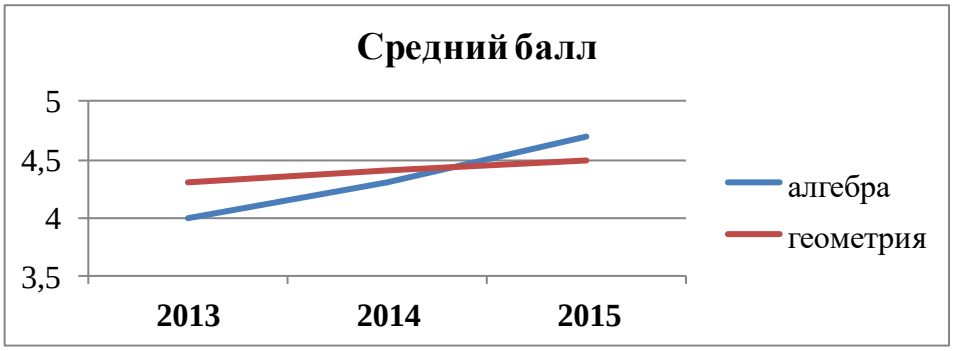


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

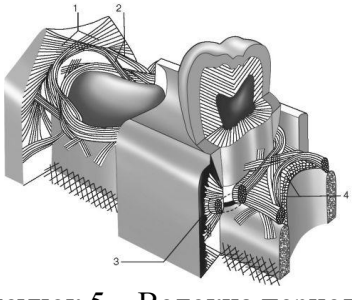


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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
«05» марта 2024 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.22 Психотерапия**

Направленность - **Психотерапия**

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Общая трудоемкость	**108/3 (час/зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Краснов Алексей Александрович	д.м.н. доцент	Профессор кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Хабаров Иван Юрьевич	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Синенченко Андрей Георгиевич	к.м.н. доцент	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
5.	Зотова Анна Владимировна	к.псих.н	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
8.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
11.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
12.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
13.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
14.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры неврологии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2/2024.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации по специальности ординатуры 31.08.22 Психотерапия разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (в действующей редакции);
- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия";
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. n 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
- Уставом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее - Центр Алмазова);
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

1.2. К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план основной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия.

2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр) по специальности 31.08.22 Психотерапия 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.

3. ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

Задача государственной итоговой аттестации: определить качество подготовки обучающегося, его профессиональную компетентность:

- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой;
- уровень усвоения обучающемся материала, предусмотренного учебными программами дисциплин (разделов);
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень освоения заявленных в программе компетенций.

Области профессиональной деятельности, в которых выпускники, освоившие программу, могут осуществлять профессиональную деятельность:

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

– 07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

Типы задач профессиональной деятельности выпускников:

- Медицинский;
- Научно-исследовательский;
- Организационно-управленческий;
- Педагогический.

4. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.22 ПСИХОТЕРАПИЯ

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

4.1. Универсальные компетенции выпускников

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

4.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

	ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно - гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах

4.3. Профессиональные компетенции выпускников

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции
Образование и наука - в сфере образования	Педагогическая деятельность	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО
- в сфере научных исследований	Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности
Административно-управленческая и офисная деятельность - в сфере здравоохранения	Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
Здравоохранение -в сфере психотерапии	Медицинская деятельность	ПК-4. 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. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

5. 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 двух этапов.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1. «Дисциплины (модули)» и оценочные материалы для практик Блока 2. «Практики» учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. 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.

7. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

8. ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

8.1. Государственный экзамен проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

- Психотерапия
- Неврология
- Педагогика
- МЧС
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Патология
- Современные IT-технологии в здравоохранении
- Социально значимые инфекции
- Онкологическая настороженность
- Клиническая практика
- Научно-исследовательская работа
- Основы военной подготовки

9. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И СДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен по специальности 31.08.22 Психотерапия осуществляется в два этапа:

1 этап – **Тестирование** (оценка уровня теоретической подготовленности);

2 этап – **Собеседование** (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи).

Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по программе:

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции	Наименование оценочных средств
1	**Тестирование** Оценка уровня теоретической подготовки	Компьютерное тестирование	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	ТЗ
2	**Собеседование** Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи	Собеседование с решением контрольных вопросов и ситуационных задач	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	КВ, СЗ

По результатам двух этапов выставляется итоговая оценка.

В случае отрицательного результата одного из двух этапов государственного экзамена обучающийся не допускается к следующим этапам и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Формой проведения 1 этапа государственного экзамена является компьютерное тестирование, которое проводится по тестовым заданиям, комплектуемых для каждого обучающегося с использованием информационных систем путем выбора 80 тестовых заданий из единой базы оценочных средств. На решение варианта тестовых заданий отводится 80 минут.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего числа тестовых заданий. Оценка уровня сформированности знаний выставляется по результатам тестирования в зависимости от доли правильно выполненных тестовых заданий.

Критерии оценивания 1 этапа государственного экзамена:

«Отлично» - 90-100% правильных ответов,
«Хорошо» - 80-89 % правильных ответов,
«Удовлетворительно» - 70-79 % правильных ответов,
«Неудовлетворительно» - до 69 % правильных ответов.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения I этапа (оценка «Удовлетворительно» и выше).

Формой проведения 2 этапа государственного экзамена является устное собеседования по ситуационным задачам и вопросам профессионального характера.

Целью собеседования является выявление глубины подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Для подготовки к ответу, обучающемуся дается до 0,5 академического часа, продолжительность ответа на экзамене составляет не более 0,5 академического часа. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по вопросам билета на выданных техническим секретариатом государственной итоговой аттестации листах бумаги со штампом ИМО.

Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Образцы ситуационных задач представлены в Приложении № 1. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать рекомендуемую литературу.

Оценка уровня сформированности у выпускников умений, опыта практической деятельности и освоения компетенций в ходе решения практических задач является дифференцированной – оценивается уровень готовности к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, четкость полнота изложения ответов на каждое задание экзаменационного билета.

Критерии оценивания 2 этапа государственного экзамена:

«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	2этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех 2-х этапов

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.22 Психотерапия проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

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 80 вопросов. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в электронной системе дистанционного обучения MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются тесты для текущего контроля знаний по дисциплине, представленные на образовательном портале, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценка 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 I этапа государственного экзамена

Примеры тестовых заданий с ответами

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ПК-4, ПК-5)

1. Особенностью психотерапевтической помощи больным неврозами и пограничными с ними состояниями в психотерапевтическом кабинете поликлиники является:
   a) **Психотерапия обычно сочетается с фармакопией, физиотерапией и другими видами лечения**
   b) В психотерапевтическом контакте психотерапевт занимает преимущественно пассивную позицию

c) Психотерапевт использует в основном долгосрочные виды психотерапии
d) Широко используется психоаналитически ориентированная психотерапия
e)

2. Одним из положений закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» является следующее:
   a) Лицо, страдающее психическим расстройством или его законный представитель имеет право во всех случаях отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его
   b) Пребывание лица в психиатричесом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация
   c) Заключение врача другой специальности (не психиатра) о состоянии психического здоровья обследуемого является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов
   d) **Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке (по основаниям, предусмотренным приказом) решается комиссией врачей-психиатров данного психиатрического стационара.**

Типовые задания экзаменационного билета II этапа государственного экзамена:

Примеры контрольных вопросов
(проверяемые индикаторы компетенции - (УК-1, УК-2; ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5)

1. Классификация методов и направлений психотерапии по терапевтическим целям.

Эталон ответа:
Наибольшее признание и развитие получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы: динамическое (психодинамическое, психоаналитическое); бихевиористское (поведенческая психотерапия); гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление. В этих трех направлениях, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, которая присуща и другим областям медицины. Это представления о норме (о личности), о патологии (о личностных изменениях) и логически вытекающие из этого представления о задачах и способах лечения. Так, психоанализ, рассматривающий в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения первичные влечения и потребности, а невроз – как следствие их вытеснения в бессознательное и конфликта с сознанием, логически понятно определяет и основную задачу психотерапии – осознание этого конфликта. Для бихевиоризма личность есть поведение, а невроз – это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения, поэтому задача психотерапевта – обучить пациента новым, адаптивным способам поведения. Гуманистическая психология рассматривает в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз – как результат блокировки этой потребности. Соответственно задача психотерапии заключается в приобретении пациентом нового эмоционального опыта, способствующего становлению адекватного целостного образа «Я», и возможностей для самоактуализации личности.
В клинической практике принято деление методов психотерапии на симптомоцентрированные, личностноцентрированные и социоцентрированные, интеграция которых часто обеспечивает наилучший терапевтический эффект. Существуют многочисленные методы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фактор. Это методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии: а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.), б) творческой деятельности (имаготерапия, арттерапия и др.), в) природы (натурпсихотерапия и др.).
Классификация методов включает:
1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.); 2) методы психотерапии,

определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.);

3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (таким инструментом может быть психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);

4) методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие). Понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это методы как конкретные техники и приемы; 2-й уровень — отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает); 3-й уровень — формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий) и 4-й уровень — теоретические направления. Для практического применения тех или иных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Волберг различает 3 типа психотерапии:

1) поддерживающая психотерапия, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие;

2) переучивающая психотерапия, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных.

3) реконструктивная психотерапия, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

Примеры ситуационных задач

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

5. Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Расскажите возможные варианты оказания психотерапевтической помощи.
3. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента?

Эталон ответа:

1. У пациентки психогенно обусловленное депрессивное состояние.
2. В данной ситуации целесообразно применение комплексного подхода, включающего сочетание рациональной и когнитивно-поведенческой терапии. Цель психотерапевтической работы может включать выработку копинг-стратегии совладания со стрессом.
3. Поскольку пациентка не обнаруживает суицидных тенденций, ограничения работы психотерапевта могут быть связаны с добровольным её согласием на проведение диагностических и психотерапевтических мероприятий.

10. Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513590
2. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html
3. Шарапов, А. О. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии: практическое пособие / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Профессиональная практика). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518577
4. Ромек, В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / В. Г. Ромек. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/515451
5. Залевский, Г. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518572
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520277

Дополнительная литература:

1. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html
2. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 432 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511157
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html

4. Рачин, А. П. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html
5. Мелехин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 496 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455050.html
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462980.html
7. Шевченко Ю.С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Шевченко Ю.С. - Москва: МИА, 2018. - 504 с. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/28299
8. Соколова, Е. Т. Психоаналитическое направление в психотерапии: учебник для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 139 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/532194
9. Шарапов, А. О. Технологии психологического консультирования: учебное пособие для вузов / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518403
10. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/516672

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».

11. 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).

12. 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	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация выпускника:	**«Врач-психотерапевт»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

В результате изучения программы дисциплины по специальности обучающегося формируются следующие компетенции:

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5.
- Общепрофессиональные**:** ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

Универсальные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**Знает:** - новые технологии в области медицины и формации по диагностике, лечению, пациентов: - пациент- ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; - роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения. **Умеет:** - анализировать полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации; - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача- неонатолога; - излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально- этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	**Знает:** цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы; содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта; **Умеет:** составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	**Знает:** знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала **Умеет:** руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства.
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	**Знает:** основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон **Умеет:** применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и	**Знает:** методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории **Умеет:** применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения

личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	**Знает:** - современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития -основные правовые средства защиты информации **Умеет:** - использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития - анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	**Знает:** - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико- статистических показателей **Умеет:** - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	**Знает:** педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения **Умеет:** использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях – особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями – анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга – основные физикальные методы обследования нервной системы – основные психотерапевтические методы – основы топической диагностики психических заболеваний – современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики – возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие

	в результате – диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях – клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм; - клиническую классификацию психических расстройств опросить больного и получить наиболее достоверные сведения психическом заболевании – Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях – Показания к госпитализации в психотерапевтическое отделение **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях – исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять неврологические синдромы – ставить диагноз – обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики – Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ – Производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики – Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**Знает**: – Стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических заболеваниях и (или) состояниях психики – Современные методы лечения основных психических заболеваний – Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психотерапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции – Методы немедикаментозного лечения, применяемые в психотерапии, показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том

	числе серьезные и непредвиденные – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** – Разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях при психических заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения Назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	**Знает**: – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики – Методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях **Умеет:** – Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для

	назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях – Выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения – реабилитационных программ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	**Знает**: – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов – требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях – Порядок выдачи листков нетрудоспособности **Умеет:** – Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, на прохождение медико-социальной экспертизы – Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями – Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психического заболеваний и (или) состояний нервной системы – Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическим заболеваниями и (или) состояниями нервной системы
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	**Знает**: – - Основы здорового образа жизни, методы его формирования – Формы и методы санитарно-просветительной работы среди психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний. – факторы риска развития основных психических заболеваний **Умеет** – Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике

	психических заболеваний – Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития – Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими больными
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	**Знает:** – Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психотерапия» **Умеет:** – Составлять план работы и отчет о своей работе – Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения – Использовать информационно- аналитические системы и информационно- телекоммуникационную сеть «Интернет»
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	**Знает**: – Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов психиатрического профиля, или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи - Признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме – Алгоритм оказания неотложной помощи при психиатрических заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента – Перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психиатрических представляющих угрозу жизни пациента. **Умеет:** – Провести психиатрический осмотр пациента – Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме – Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания) – Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО	**Знает:** педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО **Умеет:** применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО
ПК-2. Способен применять	**Знает:** основные базы данных, электронные библиотеки и др.

современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов, организации исследовательской, проектной и иной деятельности, соответствующей научной области и области профессиональной деятельности **Умеет:** использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	**Знает:** нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации **Умеет:** использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
ПК-4. 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:** - особенностей формирования психического расстройства; - порядок проведения дифференциальной диагностики; - формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней. - критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; -современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; - правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного; - современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; - обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования; критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней. **Умеет:** - опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом заболевании; - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; -оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; - установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; - обосновать назначение необходимых лабораторно-

	инструментальных исследований; - провести дифференциальную диагностику психического заболевания; - поставить и обосновать окончательный диагноз - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием, с учетом действующей МКБ
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	**Знает**: - как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; - обосновать показания к назначению больному психотропных средств; - разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения; - клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; - организовать с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста; - общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; современные методы лечения при психических расстройствах; **Умеет:** - провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию; - оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания - провести с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста;

1. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	ТЗ
2 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	КВ, СЗ

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

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

2. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного 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%
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	«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

Проверяемые компетенции
(УК-1, УК-2; ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

1. Структура психического статуса. Современные и традиционные классификации психических расстройств.
2. Ощущения, восприятия (определение, основные свойства, отличия).
3. Виды расстройств восприятия (агнозии, иллюзии, галлюцинации, метиморфопсии, нарушения схемы тела).
4. Память (определение, функции, типы, виды). Расстройства памяти, Закон Рибо.
5. Мышление (определение, формы). Типы мышления, динамика становления, взаимосвязь.
6. Расстройства мышления (темп, последовательность). Болезненные идеи (доминирующие, навязчивые, бредоподобные, бредовые).
7. Эмоции: определение, формы проявления (настроение, аффект, страсть). Нарушения эмоций.
8. Виды действий. Основные этапы волевого процесса.
9. Внимание. Нарушения внимания.
10. Нарушения сознания по типу помрачения (делирий, онейроид, сумерки, аменция).
11. Интеллект (определение, предпосылки, развитие). Типы слабоумия.
12. Синдромы нарушения восприятия (галлюцинаторный, галлюцинаторно-бредовый).
13. Синдромы нарушения мышления (первичный бред - паранояльный синдром, вторичный бред - парафренический синдром).
14. Кататонический синдром.
15. Классификация психических заболеваний (экзогенная и эндогенная группа психозов, пограничные состояния) МКБ-10, DSM-V.
16. Старческое слабоумие (клиника, течение, прогноз).
17. Психические расстройства при ЧМТ (острые и отдаленного периода травм).
18. Обсессивно-компульсивные расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.

19. Клинические описания отдельных форм расстройств личности в МКБ-10 и МКБ-11. Группировки расстройств личности: ядерные (конституциональные), краевые (приобретенные) и органические; возбудимые, тормозимые и истерические формы. Кластеры РЛ в систематике DSM-V.
20. Ранний детский аутизм. Этиопатогенез, клиника и диагностика раннего детского аутизма. Этиопатогенетические гипотезы раннего детского аутизма. Синдром Каннера. Синдром Аспергера. Лечение и абилитация раннего детского аутизма. Психолого-педагогическая работа с аутичными детьми. Работа по развитию речи и ее влияние на течение раннего детского аутизма. Холдинг-терапия. Особенности игровой психотерапии с аутичными детьми.
21. Шизофрения. Этиология и патогенез шизофрении. Эпидемиология. Современные представления об этиологии и патогенезе шизофрении. Клиника и диагностика шизофрении. Облигатные шизофренические расстройства, симптомы первого ранга К. Шнейдера.
22. Шизотипическое, шизоаффективное и бредовые расстройства. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Течение и прогноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
23. Биполярное расстройство: эпидемиология, этиология, патогенез, течение и прогноз. Клиника и диагностика. Особенности диагностики БАР в классификации DSM-V и МКБ-11.
24. Рекуррентное депрессивное расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Тактика врача первичного звена в случаях суицидальных действий больных.
25. Умственная отсталость: краткая историческая справка. Распространенность. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение: основные принципы. Экспертиза умственной отсталости.
26. Психосоматические расстройства. История развития и современная концепция психосоматической медицины. Классификация психосоматических расстройств. Основные формы психосоматических расстройств.
27. Соматоформные расстройства: краткая историческая справка. Распространенность. Этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
28. Диссоциативные и конверсионные расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
29. Связанные со стрессом расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
30. Общие представления о тревожных расстройствах: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
31. Структура психотерапии: цели, фазы процесса, средства психотерапии.
32. Терапевтические отношения: виды, структура, динамика.
33. Феномены переноса и контрпереноса в психотерапии.
34. Классификация методов и направлений психотерапии по формальным признакам.
35. Классификация методов и направлений психотерапии по терапевтическим целям.
36. Классификация методов и направлений психотерапии по теоретическим подходам.
37. Интегративная и эклектическая психотерапия: сущность понятий, сравнительная оценка.
38. Психосексуальная концепция развития личности по Фрейду. Значение ее в психотерапии.
39. Базовые понятия психоанализа и психоаналитической терапии.

40. Когнитивная психотерапия: общая характеристика, сущность, особенности. Цели когнитивной терапии. Направления и уровни терапевтических изменений.
41. Поведенческая психотерапия, теоретические основы. Связь с когнитивной терапией.
42. Релаксационные методы психотерапии: показания и противопоказания к использованию в клинике, осложнения.
43. Телесно-ориентированная психотерапия, сущность, особенности. Основы диагностики в телесно-ориентированной психотерапии. Цели телесно-ориентированной психотерапии.
44. Символдрама: цели, показания, противопоказания, техника проведения. Способы погружения в «сновидение» в символдраме.
45. Исторические аспекты гештальт-терапии. Принципы и цели гештальттерапии. Основные теоретические понятия гештальт-терапии. Терапевтический процесс в гештальт-терапии.
46. Структура психоневрологического диспансера.
47. Основные положения Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".
48. Психофармакология антипсихотических препаратов.
49. Психофармакология антидепрессантов и нормотимиков.
50. Психофармакология транквилизаторов и ноотропов.
51. Нежелательные явления в процессе психофармакотерапии.
52. Острые осложнения психофармакотерапии. Холинолитический делирий. Острая дистония. Злокачественный нейролептический синдром.
53. Социальная психиатрия. История, предмет, цель, задачи, перспективы развития возраста.
54. Основные положения суицидологии.
55. Психосоциальная реабилитация: подходы и методы. Основные направленния психосоциальной реабилитации. Психообразование для психически больных и их родственников.
56. Методы немедикаментозной терапии психических расстройств и расстройств поведения. Электросудорожная терапия. Инсулинокоматозная терапия. Другие немедикаментозные методы лечения психических расстройств (рефлексотерапия, гипербарическая оксигенация, электростимуляция мозга и др).
57. Организация психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях.
58. Неотложная помощь при психических нарушениях интоксикационного генеза, а также в состоянии отмены ПАВ.
59. Особенности психических расстройств у пострадавших при различных видах чрезвычайных ситуаций.
60. Организация психиатрической помощи в условиях современных войн.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции
(УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-2, ПК-4, ПК-5)

1. Приобретенное слабоумие делится на
   a. парциальное (лакунарное)
   b. тотальное (глобальное)
   c. маразм (распад личности)
   d. частичное
   e. полное
2. Для детских аффективных синдромов (в отличие от таковых у взрослых) характерны
   a. частота полиморфных аффективных синдромов малой глубины

b. преобладание простых аффективных синдромов психотической глубины
c. преобладание сложных аффективных синдромов с расстройствами сознания

3. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме
   a. ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
   b. ощущения присутствия в теле живых существ
   c. наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
   d. возможности точного описания своих ощущений
   e. ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся
4. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме
   a. возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
   b. звучания мыслей
   c. громких мыслей
   d. содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
   e. ощущения, что языком больного произносят слова, фразы
5. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая
   a. кивки
   b. салам-припадки
   c. клевки
   d. амиотонические
   e. молниеносные
6. Повторяющееся стойкое непроизвольное упускание мочи во время глубокого ночного сна у детей в возрасте старше 3 лет при отсутствии урологических заболеваний и поражений спинного мозга связано
   a. с невротическим энурезом
   b. с неврозоподобным энурезом
   c. с энурезом при шизофрении
7. Признаками гипоманиакального состояния являются
   a. повышенная активность
   b. повышение настроения
   c. нарушение сна
   d. снижение настроения
   e. снижение темпа мыслительной деятельности
8. Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме
   a. возникает при замедленном пробуждении и от глубокого сна, сопровождается яркими, в том числе кошмарными сновидениями
   b. сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению
   c. ярко помнятся сновидения, воспринимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего
   d. заканчиваются сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений
   e. состояния носят характер сделанности
9. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая
   a. замедление движений
   b. бедность мимики
   c. ощущение мышечной слабости
   d. повышенную чувствительность
   e. явления депрессивного ступора
10. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме
    a. состояния обездвиженности
    b. сохранения любого изменения позы
    c. резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу
    d. появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
    e. исчезновения восковой гибкости в обратном порядке
11. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием
    a. все происходящее сделано специально

b. вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
c. вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
d. под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
e. присутствует полная критика к собственному состоянию

12. Запаздывание или приостановка психического развития определяется как
a. асинхрония развития
b. акселерация
c. ретардация
d. высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования

13. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме
a. повышения волевой активности, усиления побуждений
b. повышенной деятельности
c. чувства сделанности состояния
d. порывистости, инициативности
e. говорливости, подвижности

14. "Сверхценные образования" у подростков чаще возникают
a. при шизофрении
b. при эндогенной депрессии
c. при психопатиях
d. при психических нарушениях при пубертатном кризе
e. при психогенных заболеваниях подросткового возраста

15. Сверхценные индуцированные образования у подростков чаще всего наблюдаются
a. при шизофрении
b. при психогенном развитии личности
c. при психопатиях
d. при психических нарушениях в связи с органическим поражением головного мозга

16. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется
a. дебильностью
b. имбецильностью
c. идиотией
d. циклотимией
e. гипоманией

17. Немое (безмолвное) возбуждение проявляется
a. хаотическим, бессмысленным, нецеленаправленным возбуждением с агрессией
b. яростным сопротивлением
c. нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений
d. плаксивостью
e. отсутствием сопротивления и агрессии

18. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются
a. амбулаторные автоматизмы
b. фуга или транс
c. сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
d. конверсионные расстройства
e. генерализованный судорожный приступ

19. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу ("манежный бег"), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место
a. возбуждение в структуре аффективных расстройств
b. психопатоподобный синдром
c. психомоторный пароксизм
d. кататоническое возбуждение

20. Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по В.В. Ковалеву характерен для детей в возрасте
a. от 0 до 3 лет
b. 4 - 7 лет

c. 5 - 10 лет
d. 11 - 17 лет

21. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
    a. преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
    b. большим удельным весом психических автоматизмов
    c. относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
    d. высокой выраженностью псевдогаллюцинаторных расстройств
    e. отсутствием психических автоматизмов
22. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как
    a. астенический синдром
    b. неврозоподобный синдром
    c. фобический синдром
    d. депрессивный синдром
23. Психопатологическую сущность состояния, при котором недовольство мнимым физическим недостатком усиливается, влияя на все поведение подростка и приобретая характер некорригируемого и даже нелепого убеждения (миловидная девушка утверждает, что у нее безобразная внешность), следует оценить как
    a. сверхценную дисморфофобию
    b. навязчивую дисморфофобию
    c. ипохондрию
    d. обсессивно-компульсивный симптом
24. Классическая депрессивная триада характеризуется
    a. эмоциональным торможением
    b. двигательным торможением
    c. идеаторным торможением
    d. идеаторным снижением
    e. эмоциональным повышением
25. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
    a. крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
    b. разнообразного характера сделанных ощущений
    c. сделанного настроения, сделанного чувства
    d. чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела
    e. необычности, вычурности ощущений
26. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме
    a. гневливой мании
    b. веселой мании
    c. спутанной мании
    d. мании с чувственным бредом
    e. непродуктивной мании
27. Подросток логически обосновывает неприязненное отношение к себе окружающих тем, что у него "отталкивающая внешность". Поведение определяется переживаниями больного. В этом случае имеет место
    a. идея отношения
    b. дисморфофобическая бредовая идея
    c. идея отношения, сочетающаяся с дисморфофобическими бредовыми идеями
28. Педункулярный галлюциноз характеризуется
    a. наличием движущихся микроскопических зрительных галлюцинаций
    b. отсутствием страха у больных, отсутствием тягостных ощущений
    c. возникновением чаще в вечернее время
    d. возникновением чаще при поражениях среднего мозга, ножек мозга
    e. присутствием чувства страха и возникновением галлюциноза в утреннее время
29. Галлюцинации у ребенка сопровождаются психомоторным возбуждением, преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы отличаются под вижностью,

воспринимаются больным как реальные объекты. Имеют место признаки помрачения сознания. Указанное состояние следует определять как
a. зрительный галлюциноз
b. делирий
c. онейроидное помрачение сознания
d. аменцию

30. Фиксационная амнезия характеризуется
a. потерей способности запоминать
b. отсутствием памяти на текущие события
c. выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
d. сохранением способности запоминать текущие события

31. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме
a. резчайшего мышечного напряжения
b. постоянного пребывания в одной и той же позе
c. явлений восковой гибкости
d. пребывания чаще во внеутробной позе
e. появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)

32. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая
a. увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
b. более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
c. бесплодного мудрствования
d. преобладание образных представлений над абстрактными идеями
e. возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

33. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая
a. возникновение непроизвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах
b. сосуществование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем
c. наплыв истинных зрительных галлюцинаций
d. легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени
e. преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора

34. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая
a. кататонические расстройства
b. преобладание парейдолий
c. увеличение лабильности аффекта
d. усиление расстройства сна
e. появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью

35. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме
a. концентрации мышления на депрессивной фабуле
b. затруднения запоминания
c. затруднения воспроизведения
d. явлений прогрессирующей амнезии
e. депрессивного моноидеизма

36. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая
a. совершение профессиональных движений
b. хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
c. невнятное бессвязное бормотание
d. развитие на высоте возбуждения хореиформных гиперкинезов
e. возможность развития карфологии

37. Стойкое убеждение в плохом, недоброжелательном отношении к ребенку окружающих или определенных лиц, не подтверждаемое объективными сведениями, характеризуется как
a. навязчивые идеи отношения
b. сверхценные идеи отношения
c. бредовые идеи отношения

38. Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме
    a. преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации
    b. характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций
    c. зрительные галлюцинации чаще чувственно ярки, сценоподобны, окрашены в разные цвета или сверкают
    d. характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации
    e. галлюцинации слуха - это фонемы, чаще оглушительные
39. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме
    a. ипохондрической депрессии
    b. депрессии с интерпретативным бредом
    c. депрессии с бредом ущерба
    d. депрессии с бредом самоуничижения
    e. депрессии с чувственным бредом
40. Синдрому интерпретативного бреда свойственно все перечисленное, кроме
    a. преобладания образных представлений, наличия растерянности
    b. стойкости и прогрессирования
    c. наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей
    d. превращения бредовых идей в постоянное воззрение
    e. повышенной активности
41. Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является
    a. асинхрония
    b. акселерация
    c. тотальная психическая ретардация
    d. парциальная психическая ретардация
42. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая
    a. ложные воспоминания
    b. действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
    c. обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
    d. патологические воображения в форме воспоминаний
    e. сделанные воспоминания
43. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая
    a. развивается внезапно
    b. больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
    c. спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением от-дельных слов
    d. развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды им-пульсивного возбуждения с негативизмом
    e. сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
44. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме
    a. фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств
    b. появления астенических расстройств
    c. приобретения фантастического содержания реальных событий
    d. возникновения фантастического ретроспективного бреда
    e. возникновения манихеиского бреда
45. Маниакальная триада характеризуется
    a. повышенным настроением
    b. ускорением ассоциаций
    c. двигательным возбуждением
    d. снижением темпа мыслительной деятельности
    e. снижением настроения
46. Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как
    a. ретардация

b. асинхрония развития
c. акселерация

47. Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме
a. развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей
b. склонности к развитию на высоте сумеречного помрачения сознания
c. яркости аффекта
d. возникновения острого фантастического и антагонистического бреда
e. склонности к развитию на ее высоте онейроида

48. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
a. мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности
b. ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
c. сделанных неприятными ощущения
d. отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний
e. сделанных настроением, сделанных чувствами

49. Бредовый характер страхов помогает определить у ребенка следующий признак
a. страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации
b. страхи обнаруживают склонность к постоянству
c. страхи не корригируются
d. бредовые страхи сочетаются с симптомами психотического уровня, например, с галлюцинациями
e. страхи возникают строго в зависимости от психотравмирующей ситуации

50. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая
a. функциональные парезы и параличи
b. явления астазии-абазии
c. различные гиперкинезы и тики
d. психогенную слепоту
e. блефароспазм, афонию и мутизм

51. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
a. убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
b. убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
c. отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
d. проявления ощущения неподвижности, оцепенения
e. речедвигательных автоматизмов

52. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает следующие основные принципы
a. раннее начало лечения
b. комплексность терапевтических мер
c. применение дозированного наркоза
d. отказ от применения наркоза
e. начало лечения после эпилептического приступа

53. Расстройство побуждений проявляется
a. повышением волевой активности
b. понижением волевой активности
c. отсутствием побуждений
d. извращением волевой активности
e. повышением настроения

54. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме
a. неполной обездвиженности
b. ложных воспоминаний
c. более или менее выраженного мутизма
d. продолжительного сохранения одного и того же положения тела
e. неестественных, вычурных поз

55. Опасение излишней полноты у девочки-подростка приводит к длительному ограничению в еде, несмотря на сознание чуждости переживания и стремления от него избавиться. Это состояние следует расценить как
a. сверхценную анорексию

b. навязчивую анорексию
c. бредовую анорексию

56. Удевочки-подростка отказы от еды стали возникать как средство неосознанного избавления от психотравмирующей ситуации. В это случае речь идет
a. о декомпенсации психостенической психопатии
b. о синдроме психической анорексии
c. об аноректическом поведении врамках истеро-невротического расстройства

57. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме
a. интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
b. понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
c. наличия конкретного содержания
d. неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
e. возможности быть всеохватывающим

58. Тревожное настроение со страхом угрозы со стороны окружающего: "портрет - страшный", в комнате присутствует кто-то "посторонний" и т.п. следует характеризовать как
a. депрессивное состояние
b. тревожно-боязливое состояние с бредовой настроенностью
c. навязчивые страхи

59. Истинным галлюцинациям свойственно
a. непроизвольное возникновение представлений
b. проецирование их вовне
c. яркость, неотличимость от реальных предметов
d. проецирование их внутри себя
e. произвольное возникновение представлений

60. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая
a. ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
b. восприятие окружающейобстановки как безжизненной
c. блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
d. ощущение наблюдения себя как бы со стороны
e. возможность утраты чувств, возможной утраты собственного «Я»

61. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся
a. чувство отчуждения своего голоса
b. ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
c. наблюдение за своими действиями как бы со стороны
d. чувство единства всего тела
e. ощущения принадлежности собственного голоса самому себе

62. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме
a. большого судорожного припадка
b. атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
c. джексоновского припадка
d. адверсивного судорожного припадка
e. мезэнцефального припадка

63. Начальный этап развития онейроида проявляется
a. лабильностью аффекта
b. преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности не-мотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации
c. возникновением расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца
d. стойким гипертимным аффектом
e. отсутствием ярких сновидений

64. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме
a. аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
b. повышенной утомляемости и истощаемости
c. гиперстезии

d. нарушения сознания
e. сомато-вегетативных нарушений

65. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая
a. приступы рыдания и хохота
b. патетическую жестикуляцию
c. секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
d. чувство дурноты, учащенное дыхание
e. беспорядочные движения конечностями

66. Состояние, при котором болезненная фиксация на однообразной игре, чаще в одиночку, с длительным перевоплощением в образ игры с затруднением переключения на реальное, наблюдается у ребенка дошкольного возраста. Оно может быть определено как фантазии
a. здорового ребенка
b. сверхценного характера
c. с "игровым перевоплощением" бредоподобного характера

67. Двигательная расторможенность, непоседливость, общая возбудимость, неустойчивость внимания у детей характерны
a. для неврозоподобного синдрома
b. для гиперкинетического (гипердинамического) синдрома
c. для психопатоподобного синдрома

68. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
a. двигательного возбуждения
b. безысходного отчаяния
c. мучительной, невыносимой тоски
d. того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
e. ощущения сделанности состояния

69. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме
a. лишения конкретности, реальности
b. наличия признаков нарушения сознания
c. безжизненности, беззвучности, бестелесности
d. интрапроекции внутри организма
e. наличия характера сделанности

70. Повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачканья белья) с получением при этом определенного удовольствия у детей - это
a. патологическая привычка
b. невротический энкопрез
c. перверзное сексуальное влечение в виде энкопреза

71. Бред отношения у ребенка сформировался по типу логического, интерпретативного бреда, но отличается малым размахом, бедностью содержания. Такой паранойяльный бред встречается
a. в младшем возрасте
b. в подростковом возрасте
c. в среднем возрасте

72. У подростка формируется своеобразное мировоззрение антагонизма, враждебности к людям вообще в плане идеи: "От людей добра не жди, верить никому нельзя". В этом случае имеет место
a. сверхценная идея отношения
b. навязчивая идея
c. бред отношения
d. пубертатные особенности психики

73. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме
a. понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания
b. выраженных галлюцинаторных и бредовых включений
c. повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
d. замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
e. аспонтанности, малоподвижности

74. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме
a. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций

b. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
c. трудности отделения главного от второстепенного
d. жалоб на утрату способности к мышлению
e. ощущения ослабления умственных способностей

75. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме
a. наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
b. отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований
c. преобладания воображения, фантазии, грез
d. фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
e. последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств

76. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая
a. нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
b. отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
c. дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
d. бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
e. чувство сделанности

77. Ослабление избирательной репродукции является
a. наиболее ранним проявлением ухудшения памяти
b.затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала
c. в первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
d. отсутствием мнестических нарушений

78. Мании чаще развиваются
a. у мальчиков
b. у девочек
c. у мальчиков и девочек с равной частотой

79. Особенностью острого фантастического бреда является все перечисленное
a. наличия бреда инсценировки, интерметаморфозы
b. антагонистического бреда
c. грандиозности, мегаломоничности переживаний
d. чередования страха и экстаза, боязливости и патетики
e. идеи преследования, отношения

80. Повышенная возбудимость с агрессивностью, драчливостью, склонностью к конфликтам, упрямством, непослушанием и грубостью у детей характерны для психопатоподобного синдрома
a. с повышенной аффективной возбудимостью
b. с паранойяльными реакциями
c. с истерическими проявлениями

81. Синдром односторонних интересов и увлечений наиболее часто наблюдается
a. в дошкольном возрасте
b. в младшем школьном возрасте
c. в пубертатном периоде
d. в юношеском возрасте

82. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме
a. неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий
b. ощущения воздействия посторонней силы
c. отношения к образным (чувственным) навязчивостям
d. близости к навязчивым сомнениям
e. возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий

83. Тревожное возбуждение проявляется
a. общим двигательным беспокойством
b. тревогой, страхом
c. различной выраженностью ажитации
d. отсутствием чувства страха и двигательного беспокойства

84. Недоброжелательное отношение или даже ненависть к близким людям при отсутствии с их стороны отрицательного отношения к ребенку следует расценить как
    a. возрастные особенности здорового ребенка
    b. сверхценную антипатию
    c. бредовую антипатию к близким людям
85. При истинных тактильных галлюцинациях возникают
    a. ощущение ползания по телу насекомых
    b. ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
    c. ощущение появления под кожей посторонних предметов
    d. оклики, окрики, шепотная речь
    e. видение образов и картин
86. Разновидностями ретропульсивных припадков, возникающих у детей 4-12 лет, являются
    a. клонические
    b. рудиментарные
    c. пикнолептические
    d. тонические
87. Сверхценные образования в подростковом возрасте имеют следующую характерную особенность
    a. неразработанность сверхценной идеи, отсутствие последовательности в доказательствах (невыраженность интерпретативного компонента.
    b. соотношение идеи и аффекта в структуре сверхценного образования у подростков смещено в сторону аффекта, что объясняется особенностями подросткового возраста
    c. незрелость аргументации в связи с незавершенностью созревания идеаторной сферы в подростковом возрасте
88. Основными проявлениями депрессии первого года жизни является
    a. вынужденная поза
    b. моторная заторможенность
    c. соматовегетативные расстройства
89. Общая психопатология детского возраста
    a. полностью совпадает с психопатологией взрослых
    b. имеет особенности, связанные с онтогенезом психики ребенка
    c. не связана с психопатологией взрослых
90. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая
    a. назойливую неуверенность в правильности и законченности совершённых действий
    b. сомнение в правильности и точности исполнения
    c. стремление проводить перепроверки
    d. успокоение больного многократными проверками
    e. возможность продолжаться до бесконечности
91. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая
    a. неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента
    b. прекращение осознания себя, кто он
    c. в легких случаях ощущение отдаленности своего Я
    d. в тяжелых случаях исчезновение уверенности "Я есть, Я сам"
    e. дезориентировку в ситуации
92. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
    a. убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
    b. убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
    c. отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
    d. проявления ощущения неподвижности, оцепенения
    e. речедвигательных автоматизмов
93. Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме
    a. преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации
    b. характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций
    c. зрительные галлюцинации чаще чувственно ярки, сценоподобны, окрашены в разные цвета или сверкают

d. характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации
e. галлюцинации слуха - это фонемы, чаще оглушительные

94. Галлюцинаторная парафрения характеризуется
a. наплывом вербальных галлюцинаций
b. преобладанием галлюцинаций над бредовыми расстройствами
c. преобладанием фантастического характера галлюцинаций и бреда
d. наплывом зрительных галлюцинаций
e. преобладанием бредовых идей

95. Приобретенное слабоумие делится на
a. парциальное (лакунарное)
b. тотальное (глобальное)
c. маразм (распад личности)
d. олигофрению
e. аутизм

96. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу ("манежный бег"), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место
a. возбуждение в структуре аффективных расстройств
b. психопатоподобный синдром
c. психомоторный пароксизм
d. кататоническое возбуждение

97. Выраженное, стойкое снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами у детей грудного возраста, а также у детей раннего и дошкольного возраста при резких изменениях режима питания, перекармливании, принуди-тельном кормлении следует классифицировать как
a. истинную анорексию
b. психическую анорексию
c. психологически понятную реакцию здорового ребенка

98. Галлюцинации у ребенка сопровождаются психомоторным возбуждением, преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы отличаются подвижностью, воспринимаются больным как реальные объекты. Имеют место признаки помрачения сознания. Указанное состояние следует определять как
a. зрительный галлюциноз
b. делирий
c. онейроидное помрачение сознания
d. аменцию

99. Продром пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма
a. астеническими
b. аффективными
c. сенестопатическими
d. психопродуктивными
e. идеаторными

100. В основе депрессивной "школьной фобии" лежит
a. замедление темпа мышления
b. защитные личностные реакции на свою учебную и социальную несостоятельность
c. идеи отношения
d. истощаемость

101. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все пере-численное, кроме
a. неотложной госпитализации
b. инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, клозапин)
c. применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
d. применения ЭСТ
e. применения антидепрессантов

102. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме
a. интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т.д.)
b. расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
c. черепно-мозговых травм
d. сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
e. фебрильной шизофрении
103. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме
a. дисмнезии
b. амнезии
c. конфабуляции
d. парамнезии
e. сделанных воспоминаний
104. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме
a. резчайшего мышечного напряжения
b. постоянного пребывания в одной и той же позе
c. явлений восковой гибкости
d. пребывания чаще во внеутробной позе
e. появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)
105. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая
a. развивается внезапно
b. больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
c. спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением от-дельных слов
d. развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом
e. сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
106. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая
a. бесплодное мудрствование (умственная жвачка).
b. навязчивый счет
c. навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
d. навязчивое чувство антипатии
e. навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов
107. Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является
a. нарушение влечений
b. аутистическая тенденция к одиночеству
c. личностные реакции протеста
108. Сверхценный характер фантазий отличается следующими особенностями
a. преобладанием фантазий отвлеченного, познавательного характера (составление схем географических карт, планов, таблиц и т.п.)
b. чертами насильственности
c. "аффективной заряженностью" в отношении определенной тематики
109. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме
a. ощущения расстройства "схемы тела" (увеличения и смещения)
b. нарушения осознавания себя как единого неразрывного целого
c. возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
d. сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
e. возможности отчуждения частей собственного тела
110. На процессуальный характер "увлечения" подростка указывает
a. охваченность
b. несоответствие возрасту
c. вычурность
d. соответствие возрасту
111. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на
a. слабые простые

b. средние сложные
c. с автоматизированными действиями
d. слабые сложные
e. средние простые

112. Синдромы уходов и бродяжничества характерны для детей
a. дошкольного возраста
b. младшего пубертатного возраста
c. среднего пубертатного возраста
d. старшего пубертатного возраста

113. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления
a. повышенный аппетит
b. нарушение сна
c. расторможение влечений
d. замкнутость
e. апатия

114. У ребенка эксплозивность сочетается со склонностью к дисфориям, гиперсоциальные черты - с обстоятельностью, чрезмерной аккуратностью, утрированным стремлением к справедливости. Это состояние возможно расценить как
a. вариант нормального развития личности
b. истероидные черты характера
c. шизоидные изменения личности
d. эпилептоидные черты характера

115. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая
a. функциональные парезы и параличи
b. явления астазии-абазии
c. различные гиперкинезы и тики
d. психогенную слепоту
e. блефароспазм, афонию и мутизм

116. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме
a. ипохондрической депрессии
b. депрессии с интерпретативным бредом
c. депрессии с бредом ущерба
d. депрессии с бредом самоуничижения
e. депрессии с чувственным бредом

117. У ребенка отмечаются выраженные нарушения поведения при отсутствии в его воспитании примера для правильной социальной ориентировки. Причиной этому может быть
a. органическое заболевание головного мозга
b. расстройство адаптации личности к окружающей среде
c. психопатия
d. олигофрения

118. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая
a. гипермнезию
b. конфабуляции
c. ускорение ассоциаций
d. явления отвлекаемости со скачкой идей
e. идеаторную "спутанность"

119. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме
a. кататонических включений
b. помрачения сознания
c. наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций
d. резко выраженных двигательных возбуждений
e. при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

120. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии
a. наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
b. наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента doloroza

c. депрессивный ступор
d. трудности в концентрации внимания
e. сохранение трудоспособности

121. Причиной смерти при депрессиях раннего возраста является
a. аутоагрессия
b. кахексия
c. нарушение терморегуляции
d. пассивность в поведении

122. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как
a. астенический синдром
b. неврозоподобный синдром
c. фобический синдром
d. депрессивный синдром

123. Ослабление избирательной репродукции является
a. наиболее ранним проявлением ухудшения памяти
b. затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала
c. в первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
d. сохранением мнестических функций

124. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая
a. утрату чувственного восприятия предметов
b. феномен расщепления Я
c. утверждение, что существуют два несогласных Я
d. утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимает окружающее, думает, действует
e. ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил

125. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается
a. при синдроме Каннера
b. при синдроме Аспергера
c. при органическом варианте раннего детского аутизма

126. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме
a. острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
b.бессмысленных двигательных возбуждений
c. влечений, подчиняющих себе поведение больного
d. сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний
e. неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства

127. Сопор проявляется
a. патологическим сном
b. неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией)
c. вызыванием сильными раздражителями лишь стереотипных недифференцированных защитных реакций
d. нормальным сном
e. сохранением подвижности больных

128. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
a. преобладанием псевдогаллюцинации
b. небольшим удельным весом психических автоматизмов
c. незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
d. преобладанием бредовых идей
e. отсутствием синдрома Кандинского-Клерамбо

129. Для детских аффективных синдромов (в отличие от таковых у взрослых) характерны
a. частота полиморфных аффективных синдромов малой глубины
b. преобладание простых аффективных синдромов психотической глубины
c. преобладание сложных аффективных синдромов с расстройствами сознания

130. Истинные зрительные галлюцинации могут быть
a. бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
b. с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной
c. бесцветные, цветные
d. подвижные или неподвижные
e. оформленной и отчётливой формой
131. Возникновение депрессивных состояний у детей возможно
a. с первого года жизни
b. с 3-4 лет
c. с 7-10 лет
d. с возраста старше 10 лет
132. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме
a. интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
b. понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
c. наличия конкретного содержания
d. неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
e. возможности быть всеохватывающим
133. Обсессивный синдром характеризуется
a. возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания
b. сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
c. бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
d. отсутствием критики к состоянию
e. отсутствием «борьбы мотивов»
134. Наиболее частой причиной смерти при депрессиях дошкольного возраста является
a. суицидальные действия, возникающие вследствие глубины депрессивных переживаний
b. внезапная суицидальная попытка, возникшая в результате конфликта на фоне стертых депрессивных переживаний
c. присоединившееся к депрессии соматическое заболевание
135. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме
a. пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
b. скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
c. ослабления внимания, обеднения мышления
d. ограничения общения вследствие снижения откликаемости
e. повышения мышечного тонуса
136. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая
a. чрезмерно утрированное внимание к здоровью
b. убежденность в существующем заболевании
c. подавленное настроение с сеностопатиями и мыслями о неизлечимой болезни
d. бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни
e. разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения
137. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется
a. дебильностью
b. имбецильностью
c. идиотией
d. психопатией
e. шизофренией
138. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая
a. ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я
b. ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним
c. появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему
d. ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных
139. Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
a. хаотического возбуждения с агрессией

b. театральности поз, декламации, пения и т.д.
c. преобладания выражения восторга, мистической проникновенности, экстаза
d. выспренности, непоследовательности речи
e. возможности эпизодов ступора и субступора

140. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
a. двигательного возбуждения
b. безысходного отчаяния
c. мучительной, невыносимой тоски
d. того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
e. ощущения сделанности состояния

141. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме
a. выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
b. потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
c. невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
d. распространения подобного забвения на различный период

142. Прогрессивный паралич развивается в результате:
a. Опухоли головного мозга.
b. Алкогольного психоза.
c. Тяжелой ЧМТ.
d. Сифилиса нервной системы.

143. Для шизоидного типа расстройства личности у взрослых характерно:
a. Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».

144. Укажите, какая симптоматика преобладает в период стабилизации шизотипических расстройств:
a. Гебефренические расстройства.
b. Шизоидный характерологический сдвиг.
c. Галлюцинаторно-параноидный синдром.
d. Психотические аффективные приступы.
e. Психоорганический синдром.

145. Для какого типа расстройства личности характерно: «Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца».
a. Шизоидное расстройство личности.
b. Гипертимное расстройство личности.
c. Эксплозивное расстройство личности.
d. Истерическое расстройство личности.
e. Паранойяльное расстройство личности.

146. Приступы с кратковременным отключением сознания по типу «абсанс» наблюдается чаще всего при одном из указанных ниже заболеваний. Определите его.
a. Биполярное расстройство настроения.
b. Инволюционный параноид.
c. Эпилепсия.

d. Шизофрения параноидная.
e. Болезнь Пика.

147. При простом варианте шизотипического расстройства наблюдаютя:
a. Аутохтонная астения.
b. Апатические депрессии.
c. Стойкий астенический дефект.
d. Отсутствие признаков регресса поведения.
e. Присутствие признаков регресса поведения

148. К числу определений шизотипических расстройств нельзя отнести следующие:
a. Мягкая шизофрения.
b. Непсихотическая шизофрения.
c. Вялотекущая шизофрения.
d. Ларвированная шизофрения.
e. Шубообразная шизофрения.

149. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести шизофрению?
a. Экзогенно-органические психические нарушения.
b. Эндогенные расстройства.
c. Психогенные расстройства.
d. Психопатия

150. Укажите признак невротического состояния.
a. Псевдогаллюцинации зрительные.
b. Бред Котара.
c. Канцерофобия.
d. Конфабуляции.
e. Бред «чужих родителей».

151. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести аффективно-шоковые реакции?
a. Экзогенно-органические психические нарушения.
b. Эндогенные расстройства.
c. Психогенные расстройства.
d. Психопатия

152. Для какого типа расстройства личности характерно: «Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих».
a. Шизоидное расстройство личности.
b. Гипертимное расстройство личности.
c. Эксплозивное расстройство личности.
d. Истерическое расстройство личности.
e. Паранойяльное расстройство личности.

153. Для какого типа расстройства личности характерно: «С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла».
a. Шизоидное расстройство личности.
b. Гипертимное расстройство личности.
c. Эксплозивное расстройство личности.
d. Истерическое расстройство личности.
e. Паранойяльное расстройство личности.

154. Органический психосиндром развивается вследствие…
a. Педагогической запущенности.
b. Воздействия экзогенной вредности на головной мозг.
c. Воздействия психотравмирующей ситуации.
d. Воздействия эндогенной вредности на головной мозг.

155. Для биполярного расстройства настроения не характерно:
a. Аффективные расстройства.
b. Приступообразное течение.

c. Негативные изменения личности.
d. Расстройства памяти

156. Для эпилептоидного типа расстройства личности у взрослых характерно:
a. Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».

157. В группу экзогенно-органических психических нарушений входит:
a. Неврастения.
b. Аффективно-шоковые реакции.
c. Прогрессивный паралич.
d. Алкогольный Корсаковский психоз.

158. Выберите, какие аффективные нарушения характерны для шизотипических расстройств:
a. Мания с бредом.
b. Психотическая депрессия.
c. Стертые аффективные нарушения.
d. Чувственная тупость.

159. Для истероидного типа расстройства личности у взрослых характерно:
a. Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла
d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».

160. Что не характерно для шизофрении.
a. Наличие негативной симптоматики.
b. Симптом нарушения мышления.
c. Нарушение эмоционально-волевой сферы.
d. Судорожные синдромы.
e. Аутизм.

161. Какой из критериев не используется для установления расстройства личности и не входит в «триаду по Ганнушкину».
a. Тотальность характерологических нарушений.
b. Стойкость личностных изменений.
c. Возрастное заострение черт характера.
d. Социальная дезадаптация аномальной личности.
e. Стабильность психопатических черт личности на протяжении всей жизни.

162. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести неврастению?
a. Экзогенно-органические психические нарушения.
b. Эндогенные расстройства.

c. Психогенные расстройства.
d. Психопатия

163. Для какого состояния характерно данное определение: «Стойкая аномалия личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы».
a. Невроз.
b. Психопатии.
c. Олигофрении.
d. Дисморфомании.
e. Наркомания.

164. В основе возникновения какого заболевания лежит психогенный фактор?
a. Болезнь Паркинсона.
b. Реактивный психоз.
c. Олигофрении.
d. Эпилепсии.
e. Биполярного расстройства настроения.

165. Определите, какие осевые синдромы могут наблюдаться при шизотипических расстройствах:
a. Синдром навязчивости.
b. Синдром дереализации и деперсонализации.
c. Ипохондрические расстройства.
d. Истерические расстройства.
e. Гипомания

166. К особенностям клинических проявлений шизотипических расстройств относится все, кроме:
a. Длительный латентный период с последующей активизацией болезни на отдаленных этапах.
b. Видоизменение симптоматики от нозологически недифференцированных клинических проявлений к предпочтительно эндогенным психопатологическим расстройствам.
c. Галлюцинаторно-параноидный синдром.
d. Наличие осевого синдрома.
e. Признаки циркулярности: стертые аффективные нарушения латентного периода сменяются аутохтонными аффективными фазами.

167. В результате чего развивается болезнь Альцгеймера.
a. Инфекционный процесс.
b. Инсульт.
c. Атрофический процесс.
d. Сахарный диабет.
e. Алкоголизм.

168. К психогенным расстройствам относятся:
a. Неврастения.
b. Аффективно-шоковые реакции.
c. Прогрессивный паралич.
d. Шизофрения.

169. Какой симптом является наиболее важным для диагностики депрессии:
a. Психомоторная заторможенность
b. Бредовые идеи.
c. Высказывания больного о своей несостоятельности, ущербности.
d. Замедление речи.
e. Печальное выражение лица.

170. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести прогрессивный паралич?
a. Экзогенно-органические психические нарушения.
b. Эндогенные расстройства.
c. Психогенные расстройства.
d. Олигофрения

171. Укажите, какие психопатологические проявления не встречаются в латентном периоде шизотипических расстройств:
a. Психопатические расстройства.

b. Стертые депрессии.
c. Псевдогаллюцинации.
d. Неглубокие изменения личности по шизоидному типу.
e. Гипомании.

172. Для какого типа расстройства личности характерно: «Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. Закрыт для посторонних людей».
a. Шизоидное расстройство личности.
b. Гипертимное расстройство личности.
c. Эксплозивное расстройство личности.
d. Истерическое расстройство личности.
e. Паранойяльное расстройство личности.

173. Для стереотипа развития шизотипических расстройств характерны:
a. Латентный период.
b. Период стабилизации.
c. Активный период.
d. Отсутствие латентного и активного периодов

174. Для паранойяльного расстройства личности характерно:
a. Тревожная мнительность
b. Жажда признания
c. Ритуалы
d. Сверхценные идеи
e. Навязчивые сомнения

175. Что не характерно для шизотипического расстройства?
a. Негативная симптоматика.
b. Нарушение мышления.
c. Судорожные синдромы.
d. Эмоционально-волевые расстройства.
e. Небредовая ипохондрия.

176. К эндогенным психических расстройствам относятся:
a. Шизофрения.
b. Аффективно-шоковые реакции.
c. Прогрессивный паралич.
d. Алкогольный Корсаковский психоз.

177. В клинической картине шизофрении могут наблюдаться следующие расстройства:
a. Дереализация и деперсонализация
b. Аутизм и амбивалентность
c. Мания и депрессия
d. Алкоголизм и полинаркомания

178. Для гипертимного типа расстройства личности у взрослых характерно:
a. Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».

179. Для шизоидного расстройства личности характерно:
a. Тревожная мнительность
b. Жажда признания

c. Ритуалы
d. Сверхценные идеи
e. Эмоциональная холодность

180. Что не является степенью умственной отсталости.
a. Идиотия.
b. Кретинизм.
c. Имбецильность.
d. Дебильность.

181. Укажите заболевание, развивающееся только в позднем возрасте.
a. Сенильная деменция.
b. Психопатия.
c. Шизофрения.
d. Алкоголизм.

182. Критериями отграничения расстройств личности являются все, кроме одного.
a. Тотальность и малая обратимость психических расстройств.
b. Отсутствие прогредиентности.
c. Интеллектуально-мнестическое снижение.
d. Аномалии характера, приводящие к постоянным нарушениям социальной адаптации.

183. Какой из вариантов не относится к органическому психосиндрому.
a. Эксплозивный.
b. Апатико-абулический.
c. Истерический.
d. Астенический.
e. Эйфорический.

184. При аменции реже всего наблюдается один из перечисленных признаков:
a. Несистематизированные бредовые идеи.
b. Навязчивые действия.
c. Аффект ужаса.
d. Интенсивное психомоторное возбуждение.
e. Симптом обирания.

185. Какие психопатологические нарушения не наблюдаются в активном периоде шизотипических расстройств?
a. Онейроидно-кататонические приступы.
b. Сверхценные идеи.
c. Несложные аффективно-бредовые приступы.
d. Рудиментарные неврозоподобные расстройства.
e. Паранойяльные расстройства

186. Для истерического расстройства личности характерно:
a. Тревожная мнительность
b. Жажда признания
c. Ритуалы
d. Сверхценные идеи
e. Навязчивые сомнения

187. Укажите заболевание, развивающееся только в позднем возрасте.
a. Сенильная деменция.
b. Психопатия.
c. Шизофрения.
d. Алкоголизм.
e. Корсаковский синдром.

188. Прогрессивный паралич развивается в результате:
a. Опухоли головного мозга.
b. Алкогольного психоза.
c. Тяжелой ЧМТ.
d. Сифилисом нервной системы.

189. Укажите признаки, которые не наблюдаются при неврозах.
a. Вегето-сосудистые расстройства.

b. Критическое отношение к психическим нарушениям.
c. Бредовые идеи.
d. Раздражительность.
e. Расстройство сна

190. Для психастенического типа расстройства личности у взрослых характерно:
a. Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».

191. Для психастенического расстройства личности характерно все, кроме:
a. Тревожная мнительность
b. Навязчивые страхи
c. Ритуалы
d. Аутистические тенденции
e. Навязчивые сомнения.

192. Для какого состояния характерно данное определение: «Тотальное недоразвитие всех видов психической деятельности с преимущественным недоразвитием интеллекта».
a. Сенильная деменция.
b. Олигофрении.
c. Шизофрения.
d. Неврастения.
e. Болезнь Пика.

193. При каком заболевании наиболее вероятно развитие психоорганического синдрома?
a. Биполярное расстройство настроения.
b. Интоксикационный психоз.
c. Шизофрения.
d. Сенильная деменция.
e. Обсессивно-фобический невроз.

194. Синдром помрачения сознания чаще встречается в клинике…
a. Биполярного расстройства настроения.
b. Неврозов.
c. Острых инфекционных заболеваний.
d. Психопатий.
e. Болезни Альцгеймера.

195. В клинической картине шизофрении могут наблюдаться следующие расстройства:
a. дереализация и деперсонализация
b. аутизм и амбивалентность
c. мания и депрессия
d. олигофрения

196. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести шизофрению?
a. Экзогенно-органические психические нарушения.
b. Эндогенные расстройства.
c. Психогенные расстройства.
d. Психопатии
e. Олигофрения

197. Органический психосиндром развивается вследствие…
a. Педагогической запущенности.
b. Воздействия экзогенной вредности на головной мозг.

c. Воздействия психотравмирующей ситуации.
d. Воздействия эндогенной вредности на головной мозг.

198. В основе возникновения какого заболевания лежит психогенный фактор?
a. Болезнь Паркинсона.
b. Реактивный психоз.
c. Олигофрении.
d. Эпилепсии.
e. Биполярного расстройства настроения.

199. Укажите признаки, которые не наблюдаются при неврозах.
a. Вегето-сосудистые расстройства.
b. Критическое отношение к психическим нарушениям.
c. Бредовые идеи.
d. Раздражительность.
e. Расстройство сна.

200. Что не является степенью умственной отсталости.
a. Идиотия.
b. Кретинизм.
c. Имбецильность.
d. Дебильность.

201. Акатизия:
a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
b. Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
c. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
e. Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика

202. К современным методам лечения психотропными средствами относятся
a. метод внутривенного капельного вливания
b. комбинированный метод
c. метод лечения пролонгами
d. первостепенное применение ЭСТ

203. Реланиум показан при лечении
a. неврозов
b. реактивных состояний
c. хронического алкоголизма
d. аутизма
e. олигофрении

204. Реланиум показан при лечении
a. малых припадков
b. височной эпилепсии
c. невротических состояний
d. олигофрении
e. аутизма

205. Мажептил показан при лечении шизофрении
a. с непрерывным течением
b. с приступообразно-прогредиентным течением
c. с рекуррентным течением
d. в ремиссии

206. К побочным эффектам и осложнениям, непосредственно не связанным с фармакологическим действием психотропных препаратов, а обусловленных различными

косвенными механизмами, относятся
a. гипостатические пневмонии
b. аспирационные пневмонии
c. тромбозы, тромбофлебиты, тромбоэмболии
d. инфаркты

207. Пиразидол показан при лечении следующих эндогенных депрессий
a. заторможенных и тревожно-тоскливых
b. затяжных апатических
c. затяжных анестетических
d. затяжных адинамических
e. лёгкой степени

208. Деканоат-галоперидола показан при лечении
a. параноидной шизофрении с выраженными изменениями личности
b. ядерной шизофрении (ранней параноидной)
c. ядерной шизофрении (гебефрении)
d. не показан при лечении шизофрении

209. В психотропном действии пиразидола различают
a. тимоаналептический эффект и балансирующее влияние
b. седативное действие
c. антибредовый эффект
d. стимулирующий эффект

210. Карбамазепин (финлепсин) применяется для лечения всех перечисленных состояний, кроме
a. фазовых депрессивных, маниакальных состояний
b. вербального галлюциноза
c. превентивного лечения континуальных аффективных расстройств
d. судорожных припадков
e. психопатоподобных расстройств различного генеза

211. В действии антидепрессантов различают
a. антипсихотическое (антидепрессивное)
b. седативное
c. стимулирующее
d. инцизивное

212. Амитриптилин оказывает влияние на триаду депрессивного синдрома в следующей последовательности
a. собственно депрессивный аффект
b. моторная заторможенность
c. идеаторная заторможенность
d. идеаторное ускорение

213. Пиперазиновые производные класса нейролептиков обладают всеми пере-численными свойствами, кроме
a. высокой фармакологической активности
b. малой токсичности в соматическом отношении
c. седативных свойств
d. меньших доз в сравнении с фенотиазинами с алифатической цепью
e. частотой и выраженностью неврологических побочных действий

214. Спектр психотропной активности галоперидола включает все перечисленное, кроме
a. седативного эффекта
b. антипсихотического (антигаллюцинаторного, антибредового) эффекта
c. антиманиакального эффекта
d. активирующего эффекта
e. тимоаналептического эффекта

215. Риск развития нейротоксических реакций у лиц "с органически неполноценной почвой" возможен при сочетании солей лития со всеми перечисленными психотропными препаратами, кроме
a. тизерцина

b. неулептила
c. диазепама
d. трифтазина
e. галоперидол

216. Спектр психотропной активности хлордиазепоксида (элениума). включает
a. особый транквилизирующий эффект
b. антиневротический эффект
c. противосудорожный эффект
d. инцизивный эффект

217. Амитриптилин противопоказан больным
a. с глаукомой
b. с гипертрофией простаты
c. с атонией мочевого пузыря
d. с гастритом желудка вне обострения

218. Эффективность купирующей терапии солями лития зависит
a. от "чистоты" маниакального, гипоманиакального синдрома
b. от прогредиентности процесса в целом
c. от степени выраженности изменений личности
d. от способа введения солей лития

219. В психотропном действии азафена различают
a. незначительный тимоаналептический эффект
b. незначительный седативный эффект
c. незначительный стимулирующий эффект
d. значительный стимулирующий эффект

220. Профилактика побочных явлений и осложнений при лечении солями лития включает
a. отмену лития при поздних побочных эффектах
b. преемственность терапии солями лития в стационаре и в психо-неврологическом диспансере
c. соматическое обследование больных перед назначением солей лития и в процессе лечения
d. снижение дозировки лития

221. Малые нейролептики (френолон, терален, сонопакс, неулептил и др.) имеют следующие общие признаки, кроме
a. слабого антипсихотического действия
b. гипотензивного действия
c. особенности транквилизирующего эффекта
d. меньшей выраженности побочных эффектов
e. элективного избирательного действия на некоторые психопатологические расстройства

222. Токсикомания, обусловленная приемом транквилизаторов, характеризуется
a. ростом толерантности
b. психопатологической зависимостью
c. синдромом отмены
d. отсутствием синдрома отмены

223. К подобным эффектам и осложнениям, непосредственно не связанным с фармакологическим действием психотропных препаратов, а связанным с повышенной чувствительностью к ним, относятся все перечисленные, кроме
a. акинето-гипертонического паркинсонизма
b. гепатитов
c. гемодискразин-агранулоцитоза и др.
d. токсико-аллергических реакций
e. злокачественного нейролептического синдрома

224. Ранние побочные эффекты при лечении (в первые 7-14 дней) солями лития включают
a. нестойкие диспепсические расстройства
b. головокружение, головную боль
c. сонливость
d. бессонница

225. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме
a. адаптогенного
b. вазовегетативного
c. антипаркинсонического
d. антидискинетического
e. антибредового
226. Неулепил показан при лечении
a. психопатии возбудимого круга
b. шизофрении с непрерывным течением (вялотекущая, включая неврозоподобные, психопатоподобные расстройства.
c. шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением
d. депрессии
e. панического расстройства
227. Ноотропы могут быть разделены на следующие группы
a. ноотропы - в основе которых ГАМК
b. ноотропы - в основе которых витамины
c. ноотропы - в основе которых аминокислотные препараты (предположительно)
d. ноотропы - в основе которых гормоны
228. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся
a. на фенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пи-перазиновой боковой цепью
b. на бутирофеноны
c. на тиоксантены
d. на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
229. В детской психиатрической практике инказан (Ингибитор МАО-А) адресуется к депрессиям
a. психотического уровня
b. невротического уровня
c. зависит от дозы
230. Среди побочных эффектов и осложнений, связанных с фармакологическими свойствами психотропных препаратов (неврологические экстрапирамидные расстройства, выделяют:
a. акинето-гипертонический синдром
b. гиперкинето-гипертонический синдром
c. гиперкинетический синдром
d. ажитацию
231. К побочным эффектам при лечении клозапином относятся
a. обострение хронических воспалительных очагов
b. обострение хронических инфекций
c. гипертермия центрального генеза
d. гипотермии центрального генеза
232. Атропиновые комы разрешено применять больным детям в возрасте
a. старше 5 лет
b. старше 10 лет
c. старше 14 лет
d. старше 16 лет
e. не разрешено до 18 лет
233. Амитриптилин показан при лечении
a. маниакально-депрессивного психоза
b. шизоаффективных психозов (в том числе рекуррентная, приступообразно-прогредиентная шизофрении)
c. депрессий при эпилепсии
d. маниакально-депрессивного психоза; депрессий при эпилепсии
e. олигофрении
234. Сиднокарб показан при лечении всего перечисленного, кроме
a. астенических состояний разного генеза с заторможенностью, вялостью

b. алкогольного параноида
c. олигофрений с речевой и двигательной торпидностью
d. органических заболеваний ЦНС с вялостью, апатией, повышенной сонливостью
e. хронического алкоголизма (абстинентного синдрома).

235. Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами психотропных средств, могут вызывать все перечисленные расстройства, кроме
a. психических
b. сосудистых
c. неврологических
d. соматических
e. вегетативных

236. Противопоказаниями к применению нуредала являются все перечисленные, кроме
a. психомоторного возбуждения
b. почечной недостаточности
c. нарушения сна
d. тяжелых поражений печени и сердца
e. судорог, судорожных припадков

237. Первично амитриптилин оказывает действие на вторичные признаки депрессии
a. страхи
b. тревогу
c. напряженность
d. гиперактивность

238. Спектр психотропной активности аминазина включает
a. седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)
b. общее антипсихотическое действие
a. элективное антипсихотическое действие
d. антигаллюцинаторное действие

239. Клиническими показаниями к назначению ноотропила (пирацетама. являются все перечисленные, кроме
a. атрофических заболеваний
b. олигофрении
c. неэндогенных депрессий разного генеза с адинамией
d. психомоторного возбуждения в нейрохирургии
e. ночного энуреза функционального и органического генеза

240. Спектр психотропной активности френолона включает все перечисленное, кроме
a. стимулирующего эффекта
b. антиманиакального эффекта
c. тимоаналептического эффекта
d. седативно-транквилизирующего эффекта
e. слабо выраженного антипсихотического эффекта

241. Галоперидол показан при лечении
a. сосудистых психозов
b. симптоматических психозов
c. органических психозов
d. депрессии

242. Неулептил показан при лечении
a. эпилепсии
b. органических заболеваний
c. олигофрении
d. депрессии

243. Психофармакологические свойства и спектр психотропной активности каждого психотропного средства формируется в результате разного соотношения следующих основных ингредиентов
a. общего антипсихотического действия
b. избирательного антипсихотического действия
c. специфической адресации к разным уровням психопатологических расстройств
d. антидепрессивной силой

244. Совместное применение солей лития и финлепсина увеличивает риск развития следующих нейротоксических проявлений
a. спутанности
b. слабости, сонливости
c. тремора и мозжечковых расстройств
d. вербального псевдогаллюциноза
245. Френолон показан при лечении
a. циркулярного психоза (депрессивных фаз)
b. неврозов
c. невротических состояний
d. аутизма
246. Спектр психотропной активности сиднокарба включает
a. психостимулирующее и умеренное антидепрессивное действие
b. антипсихотическое действие
c. антигаллюцинаторное действие
d. антибредовое действие
247. Клинические показания к назначению ноотропила (пирацетама. как корректора включают все перечисленное, кроме
a. сомато-вегетативных проявлений нейролептического синдрома
b. неврологических проявлений нейролептического синдрома
c. психических проявлений нейролептического синдрома
d. подготовки к лечению психотропными препаратами
e. лечения поздних дискинезий
248. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся все перечисленные, кроме
a. дизартрии
b. смазанной речи
c. симптомов несахарного диабета (жажда, никтурия)
d. отеков голеней, стоп, реже лица
e. делириозной симптоматики
249. Фенибут показан при лечении всего перечисленного, кроме
a. неврозов
b.малых припадков
c. невротических состояний
d. заикания разной этиологии
e. как успокаивающего средства перед операциями
250. Концентрация солей лития в плазме крови при купирующей и превентивной терапии должна составлять
a. не ниже 0.6 мэкв/л и не выше 1.6 мэкв/л - при купирующей терапии
b. не ниже 0.4 мэкв/л и не выше 1.4 мэкв/л - при превентивной терапии
c. не ниже 0.4 мэкв/л и не выше 0.8 мэкв/л - при лечении оксибутиратом лития
d. не ниже 0.6 мэкв/л и не выше 1.6 мэкв/л –во всех случаях
251. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся
a. диспепсические расстройства (изжога, отрыжка, потеря аппетита, рвота, диаррея - реже)
b. дизурические расстройства
c. аллергия - мелкоточечная сыпь - типа крапивницы
d. приподнятое настроение
252. Хронический экстрапирамидный синдром (поздние дискинезии) может быть проявлением всего перечисленного, кроме
a. оральных, хореоформных, аттетоидных гиперкинезов
b. явлений гемибаллизма (размашистые движения конечностями, напоминающие бросание)
c. торсионных спазмов, судорожных дистоний
d. акатизий, таксикинезий
e. синдрома Куленкампфа – Тарнова
253. Противопоказаниями к терапии солями лития являются
a. болезни почечно-выделительной системы

b. болезни сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения и ритма сердечной деятельности
c. болезни желудочно-кишечного тракта в обострении
d. болезни сетчатки глаза

254. Побочные действия и осложнения при лечении седуксеном, реланиумом включают
a. мышечную слабость (в первые дни терапии и на высоких дозах)
b. сонливость
c. у пожилых лиц и соматических больных - расслабление сфинктеров мочевого пузыря и заднего прохода, сочетающихся с нарушениями конвергенции и дизартрией
d. мышечную слабость (в первые дни терапии и на высоких дозах); сонливость

255. Спектр психотропной активности пиридитола включает
a. стимулирующий эффект
b. антидепрессивный эффект
c. ноотропный эффект
d. антипсихотический эффект

256. Антидепрессанты разделяются
a. на антидепрессанты-седатики
b. на антидепрессанты-стимуляторы
c. на антидепрессанты, обладающие балансирующим действием
d. на антидепрессанты с антипсихотическим эффектом

257. Токсикомания, обусловленная приемом седуксена (диазепама. характеризуется всеми следующими признаками, кроме
a. подавленно-апатического аффекта со склонностью к раздражительности, злобности, плаксивости
b. роста толерантности
c. делириозной симптоматики
d. формирования психопатологической зависимости
e. синдрома отмены

258. Сиднофен показан при лечении всего перечисленного, кроме
a. эндокринных заболеваний с вялостью, адинамией
b. резидуально-органических заболеваний ЦНС с апатией, повышенной сонливостью
c. сложных эндогенных депрессий
d. астенических состояний разного генеза
e. легких простых депрессий в клинике циклотимии

259. Феназепам показан при лечении
a. тревоги, страха при навязчивостях
b. тревоги, страха при сенесто-ипохондрических расстройствах
c. аффективных расстройств невротического и неврозоподобного уровня
d. олигофрении

260. Абстинентный синдром при токсикомании, связанной с злоупотреблением циклодолом характеризуется
a. эмоциональной лабильностью и раздражительностью
b.пониженным настроением
c. снижением работоспособности
d. приподнятым настроением

261. К побочным эффектам, возникающим при лечении трициклическими анти-депрессантами, относятся
a. разнообразные вегето-сосудистые расстройства (потливость, тахикардия, лабильность кровяного давления, уменьшение секреции слюнных желез, задержка мочи и т.д.)
b. кариес зубов
c. нарушение калиевого обмена
d. нарушение магниевого обмена

262. Галоперидол показан при лечении
a. металкогольных психозов
b. атипичного металкогольного психоза

c. хронического металкогольного галлюциноза
d. депрессии

263. Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами психотропных препаратов, проявляются следующими сомато-вегетативными расстройствами
a. сухостью слизистой рта
b. нарушением секреции и моторики желудочно-кишечного тракта
c. нарушением мочеиспускания
d. гиперсаливацией

264. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся
a. увеличение массы тела
b. стойкая диаррея
c. явления гипотиреоидизма
d. расстройства сердечного ритма (экстрасистолии, частичные блокады)

265. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все перечисленные воздействия, кроме
a. действия, повышающего уровень бодрствования и сознания
b. антигаллюцинаторного действия
c. антиэпилептического (на эпилептическую активность) действия
d. ноотропного (на нарушение высших корковых функций) действия
e. мнемотропного (влияние на память) действия

266. Противопоказаниями к терапии солями лития являются
a. начальные формы катаракты
b. непрогрессирующий экзофтальм
c. болезни почечно-выделительной системы
d. гастрит желудка вне обострения

267. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относится
a. клиническая обоснованность назначения препаратов
b. дифференцированный подход к назначению препаратов
c. контроль терапии в динамике
d. недиффиринцированный подход к назначению препаратов

268. Триседил показан для купирования следующих видов возбуждения (независимо от нозологической принадлежности)
a. депрессивно-параноидного
b. маниакального
c. галлюцинаторно-бредового
d. немого

269. Спектр психотропной активности пролонгированного пипортила включает
a. мощный антипсихотический эффект
b. седативный эффект
c. антидепрессивный эффект
d. активизирующий эффект

270. Клиническая картина состояний, связанных с злоупотреблением циклодолом, характеризуется
a. эйфорией с экзальтацией
b. ускоренной речью
c. изменением восприятия внешнего мира
d. замедлением темпа речи

271. Психолептики включают
a. нейролептики
b. транквилизаторы
c. нормотимики
d. гормоны

272. Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами психотропных препаратов, проявляются следующими соматовегетативными расстройствами
a. гипергидрозом

b. саливацией
c. нарушением аккомодации
d. снижением температуры тела

273. Реланиум показан как вспомогательное средство при следующих заболеваниях
a. шизофрении (все 3 типа течения)
b. маниакально-депрессивных психозов
c. органических, резидуально-органических заболеваний
d. олигофрении и расстройств аутистического спектра

274. Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме
a. заторможенной депрессии
b. анестетической депрессии
c. апатической депрессии
d. адинамической депрессии
e. тревожной депрессии

275. Степень выраженности действия препаратов зависит
a. от индивидуальной чувствительности к препарату
b. от психопатологической картины данного синдрома
c. от длительности применения препарата
d. от способа введения

276. Классификация (биохимическая) антидепрессантов включает
a. антидепрессанты, действующие на депрессии с учетом дефицита серотонина
b. антидепрессанты, действующие на депрессии с учетом дефицита норадреналина
c. антидепрессанты, действующие на депрессии с учетом дефицита нейромедиаторов
d. антидепрессанты с седативным и инцизивным действием

277. Побочные действия и осложнения при лечении феназепамом включают
a. мышечную слабость
b. атаксию (при передозировке)
c. атаксию - у больных с органической церебральной недостаточностью
d. приподнятое настроение

278. Клиническая картина состояний, связанных со злоупотреблением цикло-долом, характеризуется следующими сомато-неврологическими нарушениями
a. колебаниями артериального давления
b. мидриазом
c. угнетением сухожильных рефлексов
d. повышением силы сухожильных рефлексом

279. Тизерцин более эффективен
a. при онейроидно-кататоническом возбуждении
b. при тревожно-депрессивном возбуждении
c. при депрессивно-параноидном возбуждении
d. при маниакальном возбуждении
e. при апатии и ангедонии

280. Спектр психотропной активности феназепама (бензодиазепиновое производное) включает все перечисленные эффекты, кроме
a. мощного седативного
b. противострахового
c. выраженного миорелаксирующего
d. противосудорожного
e. вегетотропного (слабого)

281. На возникновение поздних дискинезий оказывают влияние все следующие факторы, кроме
a. возраста больных (старше 50-55 лет)
b. лечения нейролептиками с выраженным седативным действием
c. суточной дозы психотропных препаратов
d. длительности психотропной терапии
e. интенсивности наращивания психотропных препаратов (для больных старше 50-55 лет)

282. Риск развития нейротоксических реакций возможен при сочетании солей лития со следующими препаратами
a. индометацином (метиндол, интебан)
b. допегидом, альдометом
c. атарксом
d. с физиологическим раствором

283. Токсикомания, обусловленная приемом транквилизаторов, характеризуется всеми следующими признаками, кроме
a. аффективных нарушений (апатия, вялость, дисфория)
b. психической и физической зависимости
c. интеллектуально-мнестических нарушений
d.формирования грубого психопатоподобного дефекта
e. социально-трудовой дезадаптации

284. Мажептил показан при лечении
a. сенестопатических эндогенных депрессий
b. сенесто-ипохондрических депрессий
c. ядерной шизофрении (ранней параноидной)
d. депрессии

285. Спектр психотропной активности хлордиазепоксида (элениума. - бензодиазепинового производного - включает
a. выраженный миорелаксирующий эффект
b. вегетотропный эффект
c. противотревожный эффект
d. активизирующий эффект

286. Феназепам показан при следующих типах течения шизофрении
a. вялотекущей
b. рекуррентной
c. приступообразно-прогредиентной
d. в фазе ремиссии для поддержания

287. Феназепам показан при лечении
a. гиперстенических расстройств невротического и неврозоподобного уровня
b. гипостенических расстройств невротического и неврозоподобного уровня
c. неврозоподобной симптоматики (чувственных навязчивостей и навязчивостей с абстрактным содержанием)
d. аутизма

288. Побочные действия и осложнения при лечении седуксеном и реланиумом при передозировке препаратов включают
a. атаксию
b. дизартрию
c. головную боль
d. гипертимию

289. Пимозид показан при следующих вариантах шизофрении с непрерывным течением
a. вялопротекающая, неврозоподобный вариант
b. вялопротекающая, психопатоподобный вариант
c. параноидная
d. «шубообразная»

290. Спектр психотропной активности тизерцина определяется
a. выраженным седативным действием
b. общим антипсихотическим действием
c. гипотензивным действием
d. гипертензивным действием.

291. Абстинентный синдром при токсикомании, связанной с злоупотреблением циклодолом характеризуется
a. формированием абстинентного синдрома при систематическом злоупотреблении циклодола в течение 12-16 мес
b. длительностью до 7-12 дней
c. сохранением остаточных астено-вегетативных расстройств в течение 3-4 нед
d. длительностью до 1-2 дней

292. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся
a. литиевый тремор - неритмичное, медленное, крупноразмашистое дрожание пальцев рук, языка, век
b. периодические мышечные подергивания, "вздрагивания"
c. таксикинезия
d. постоянные мышечные подёргивания

293. Спектр психотропной активности хлорпротексена включает
a. невыраженный общий антипсихотический эффект
b. седативный эффект (способность купировать разные виды возбуждения)
c. антигаллюцинаторный
d. антибредовый эффект

294. Выраженная литиевая интоксикация характеризуется всеми следующими признаками, кроме
a. возникновения очаговых неврологических симптомов
b. возникновения патологических рефлексов
c. вербального галлюциноза
d. олигурии
e. развития сопора и комы

295. Лепонекс показан при лечении
a. маниакально-депрессивного психоза
b. расстройств настроения при психопатиях возбудимого круга
c. шизофрении (3 типа лечения) на органически неполноценной почве
d. рекуррентного депрессивного расстройства

296. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме
a. производных пропандиола (меробамат)
b. производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин)
c. дифенилметана (амизил)
d. ингибиторов моноаминоксидазы
e. производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.)

297. При затяжных резистентных депрессиях допустимо лечение следующими сочетаниями психотропных средств

a. ниаламида (нуредала. и амитриптилина)
b. ниаламида (нуредала., амитриптилина и психостимуляторов)

c. эсциталопрама и амитриптилина
d. лития и амитриптилина

298. В основе классификации психотропных средств положен принцип
a. химической структуры препаратов
b. фармакологического механизма действия препаратов
c. эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия
d. биохимический
e. клинико-психологический

299. Стимулирующий эффект мажептила сопровождается всем перечисленным, кроме
a. грубой двигательной заторможенности
b. изменчивости аффекта, смене эйфории раздражительностью, злобности
c. гиперсексуальности
d. прожорливости
e. вербальных галлюцинаций

300. Спектр психотропной активности триседила включает все перечисленное, кроме
a. антидепрессивного эффекта
b. общего антипсихотического эффекта
c. элективного антипсихотического эффекта на бредовую и галлюцинаторную симптоматику
d. выраженного седативного эффекта
e. стимулирующего эффекта

301. Невротическая кардиалгия характеризуется (по Карвасарскому) всем перечисленным, кроме
a. тупых, ноющих, колющих, пронзающих, пульсирующих болей
b. нерезких болей
c. болей чаще всего в области верхушки сердца, левого соска и прекардиальной области
d. болей в области сердца, сопровождающихся ощущениями "нехватки воз-духа"
e. болей, возникающих вне связи с эмоциональным напряжением

302. Для лечения фобий применяются
a. отвлечение по Бехтереву; активирование по Конторуму; мотивированное внушение по Платонову
b. "просветляющее" внушение по Втюрину
c. "кавалерийская противофобическая атака" по Яковлевой
d. Кречмеровская протрептика

303. Основными критериями перехода неврастении в невротическое развитие являются (по Карвасарскому) следующие, кроме
a. появления полиморфных невротических расстройств
b. стойких депрессивных нарушений настроения
c. появления новых черт характера
d. определенного "отрыва" болезненных переживаний от психотравмирующей, конфликтной ситуации
e. появления рудиментарных бредовых высказываний

304. Основными моментами (характеристиками) невроза (по Карвасарскому) являются все перечисленные, за исключением
a. психогенной природы
b. как правило, конфликтогенности
c. нервно-психического характера расстройства
d. психотических расстройств в картине невроза, которые могут быть только истерического происхождения
e. обратимости симптоматики

305. Составляющими моментами функциональной тренировки "имитация движения" (по А.С.Слуцкому) являются

a. затемненная кабина
b. двухместные детские качели
c. записанный на магнитофоне шум движущегося вагона; цветное изображение вагонного салона на слайде
d. врач у пульта вне психотерапевтической кабины

306. По своему происхождению фобии могут быть (по Свядощу)
a. атеросклеротическими
b. гипоталамическими
c. на почве гипертонической или гипотонической болезни
d. диэнцефальными
e. таламическими

307. Длительные (в течение нескольких месяцев-лет), упорные навязчивые состояния обычно не встречаются (по Свядощу)
a. в начальном периоде параноидной шизофрении
b. при эпилепсии и при эпидемическом энцефалите
c. при неврозоподобной шизофрении
d. при циклотимии

308. При лечении невроза страха важно устранить (по Свядощу)
a.coitus interruptus
b. рукоблудие
c. петтинг
d. ночные поллюции

309. В основе истерических припадков (по Э.Кречмеру) лежит
a. напряжение сексуально неудовлетворенной матки
b. рефлекс таламического двигательного возбуждения
c. церебральная (диэнцефальная) аномалия
d. височная эпилепсия
e. рефлекс двигательной бури

310. При неврозе страха (по Свядощу) часто наблюдается
a. потеря веса и снижение аппетита
b. понижение полового влечения
c. учащение позывов на мочеиспускание на высоте страха
d. сухость во рту на высоте страха
e. гиперсаливацией

311. К неврастении предрасположены, прежде всего, люди (по В.П. Колосову)
a. неорганизованные, неаккуратные, без чувства ответственности, легкомысленные
b. астеничные
c. неустойчивые, склонные к красочным фантазиям
d. с некоторой догматичностью, сильными влечениями, напряженными эмоциями

312. При лечении истерии в стационаре (по Свядощу) следует с первых дней сделать для больного все перечисленное, кроме
a. обеспечить больному отдых, покой
b. проводить общеукрепляющее лечение
c. позаботиться об усиленном питании
d. создать больному, по возможности, суровые, аскетические условия жизни в отделении

313. Невротическая депрессия обычно включает в себя (по Свядощу)
a. неврастенический синдром со слезливостью и пониженным настроением; идеи несправедливого отношения к себе
b. некритическое отношение к своим болезненным переживаниям и нежелание бороться с ними
c. тягостные алгии
d. мифофобические расстройства
e. гомицидоманию

314. Истерический судорожный припадок (по Шарко) может иметь следующие фазы
a. эпилептоидную
b. больших движений, страстных поз и жестов

c. "клоунизма"
d. галлюцинаторную

315. Органические гиперкинезы (хореические, хореиформные и др.) отличаются от невротических тиков (по Свядощу)
a. насильственностью; тем, что захватывают целые группы мышц
b. малым размахом движений
c. тем, что их возможно подавить усилием воли
d. своей сравнительной локализованностью

316. Течение фобического невроза может быть (по Свядощу)
a. непрерывным или рецидивирующим
b. в виде одного приступа от нескольких дней до многих лет
c. голотимным и кататимным
d.прерывным течением

317. Различают следующие формы аффективно-шоковых неврозов и психозов (по Свядощу)
a. ступорозную и сумеречную
b. фугиформную
c. делириозную
d. обнубиляционную

318. Невроз испуга - это (по Свядощу)
a. вариант невроза страха; одно из типичных невротических расстройств в экстремальных обстоятельствах
b. все равно, что аффективно-шоковый невроз
c. все равно, что анксиозная реакция
d. вариант тревожной депрессии
e. вариант невроза страха; одно из типичных невротических расстройств в экстремальных обстоятельствах; все равно, что аффективно-шоковый невроз

319. При фобическом неврозе возможны следующие лечебные воздействия (по Свядощу)
a. каузальная психотерапия
b. методы форсированной тренировки и негативного воздействия
c. медленное внутривенное введение раствора седуксена в растворе глюкозы для купирования "взрыва страха"
d. diazepamum per os
e. некаузальная психотерапия;

320. Истерические парезы и параличи обычно проявляются в форме
a. монопареза или моноплегии
b. гемипареза или гемиплегии
c. паралича мышц языка
d. паралича мышц шеи
e. парапареза

321. Псевдодеменция отличается от синдрома Ганзера (по Свядощу)
a. более выраженной нарочитостью своей несостоятельности
b. большей растерянностью, заторможенностью; жалобами на неспособность что-то понять
c. истерическими парезами
d. нелепыми ответами на вопросы

322. При психогенном кожном зуде из психотерапевтических методов особенно показана (по А.И.Картамышеву)
a. рациональная психотерапия
b. внушение в бодрствующем состоянии
c. гипносуггестивная терапия
d. наркопсихотерапия
e. косвенное внушение

323. В случае ипохондрий с выраженными вазо-вегетативными нарушениями полезно (по Конституму)
a. разъяснить пациенту механизм его порочного круга, напоминая неустанно: тягостно, но не

опасно
b. демонстрировать больным опыт Бэкона
c. научить пациента элементарной тренировке в покое (2-3 раза в день в течение 20 мин с закрытыми глазами сосредоточиться на ощущении тепла в теле и мышечной расслабленности)
d. применить аутогенные тренировки (АТ) Шульца
e. избегать аутогенные тренировки (АТ) Шульца

324. Основным действующим началом лечения неглубоких депрессий является (по В.П.Колосову)
a. неопровержимая, убедительная логика фактов, которую разворачивает перед пациентом врач
b. специальные медицинские и психологические знания, которые врач обнаруживает перед пациентом
c. психотропное прицельное воздействие
d. эмоционально насыщенная убежденность врача в том, что болезнь пациента - чужеродное патологическое явление, требующее специального лечения
e. активирующая психотерапия

325. Навязчивости обычно усиливаются (по Свядощу)
a. к вечеру при утомлении и при недосыпании
b. во время месячных
c. в состоянии возбуждения при лихорадочном заболевании
d. в экстремальных обстоятельствах

326. Страх при неврозе страха имеет следующие особенности (по Свядощу)
a. кондициональность
b. возникает лишь на короткое время и исчезает
c. всегда содержателен
d. содержание страха изменчиво
e. типичен здесь страх загрязнения

327. Для лечения фобического невроза возможно применение всего перечисленного, за исключением (по Свядощу)
a. каузальной психотерапии
b. методов внушения и самовнушения
c. методов угашения условной связи
d. методов форсированной тренировки
e. эфирной маски Свядоща

328. При невротической аэрофагии имеет место все перечисленное, кроме (по Карвасарскому)
a. человек заглатывает воздух в желудок
b. человек засасывает воздух в желудок
c. воздух отходит из желудка отрыжкой с неприятным запахом
d. возникает чувство стеснения в груди
e. возникает боль в эпигастральной области

329. Основными типами невротических конфликтов (по Мясищеву) являются
a. обсессивно-психастенический
b. неврастенический и истерический
c. фобический
d. ипохондрический
e. паранойяльный

330. Выделяют следующие стадии развития фобий (по Н.М.Асатиани)
a. возникновение фобий при непосредственном психотравмирующем воздействии
b. возникновение фобий при неприятных соматических (вегетативных) ощущениях
c. появление фобий даже при одном ожидании столкновения с психотравмирующими факторами; в объективно индифферентной обстановке
d. возникновение фобий при душевных переживаниях, не имеющих отношения к невротическому конфликту

331. Первая "атака" при психопедагогической работе с пациентами, склонными к истерическим припадкам, не должна (по Консторуму)

a. быть насыщенной эмоциональной теплотой
b. быть насышенной беспощадной требовательностью
c. успокаивать больного
d. дать понять пациенту, что его отношение к жизни уродливо
e. дать понять пациенту, что у него тяжелая, более тяжелая, чем он сам думает, моральная болезнь

332. Широко известны следующие перечисленные представления (концепции) о природе истеро-невротических расстройств, кроме
a. механизма условной приятности или желательности
b. преобладания подкорковой деятельности над корковой и первой сигнальной системы над второй
c. "бегства в болезнь" с помощью "гипобулики"
d. реакции на трудности жизни эволюционно более древними, атавистическими способами
e. изощренной симуляции

333. Для больного истерией характерны (по Конституму)
a. симуляция
b. бегство в болезнь, реакция бессилия
c. беспорядочные произвольные реакции
d. короткое замыкание
e. диссимуляция

334. В экстремальной обстановке обычно возникают следующие острые невротические навязчивости
a. страх смерти
b. лиссофобия
c. кардиофобия
d. мизофобия и клаустрофобия
e. невротические навязчивости в экстремальной обстановке не возникают

335. Наиболее распространенная в отечественной литературе классификация неврозов включает в себя перечисленные формы, кроме (Б.Д.Карвасарский, 1990)
a. неврастении
b. невроза навязчивых состояний
c. ипохондрического невроза и невротической депрессии
d. истерического невроза

336. В симпатико-адреналовой системе при неврозах характерны главным об-разом серьезные сдвиги (Б.Д.Карвасарский, 1990)
a. адреналина и норадреналина
b. дофамина
c. серотонина
d. гистамина

337. Единственный психотерапевтический прием в случае ятрогенных ипохондрических переживаний (например, ипохондричность студентов-медиков третьего курса. - это (по Конституму)
a. внушение в бодрствующем состоянии
b. убеждение, разубеждение
c. категорический наказ пациенту отказаться от всех медицинских мероприятий по данному поводу
d. никаких медицинских советов
e. правильно категорический наказ пациенту отказаться от всех медицинских мероприятий по данному поводу и никаких медицинских советов

338. В психотерапевтической работе с больными истерией не следует (по Конституму)
a. быть строгим или добрым
b. анализировать
c. быть лаконичным
d. быть обстоятельным
e. избегать анализа

339. Грубыми истерическими симптомами могут начаться все перечисленные заболевания, исключая
a. шизофрению
b. опухоль мозга
c. рассеянный склероз
d. психастеническую психопатическую фазу, неврастению
340. Истерический ступор обычно характеризуется
a. постепенным развитием по мере усложнения психотравмирующей ситуации
b. полной неподвижностью, страдальческой напряженной мимикой, учащенным пульсом
c. суженными зрачками
d. морией
341. Помогая пациенту с навязчивостями, врач должен (по Конституму)
a. призвать пациента "взять себя в руки", бороться с навязчивостями
b. апеллировать к "здравому смыслу" и "силе воли"
c. доказывать пациенту неразумность его навязчивых побуждений
d. запретить пациенту борьбу с навязчивостями на некоторый срок и призвать пациента тренироваться, точно выполняя врачебные предписания
342. Методика "проведения гипноза в психотравмирующей обстановке" (А.С. Слуцкий) предполагает курс лечения
a. в 6-10 сеансов с постепенным увеличением эмоционально-стрессовых нагрузок на пациента
b. в 1-2 сеанса
c. только в амбулатории
d. только с магнитофонными записями гипнотизации
343. Поведение пуэрильного больного отличается от поведения ребенка
a. гиперсексуальностью
b. дисфорическими взрывами
c. аффективной напряженностью, тревогой
d. моторной заторможенностью
344. Невроз страха был выделен и описан
a. Краснушкиным
b. Жане
c. Адлером
d. Фрейдом
e. Вестфалем
345. При лечении истерических вегетативных нарушений основными методами являются все следующие, кроме (по Свядощу)
a. казуальной психотерапии
b. внушения в бодрствующем состоянии
c. аналитической психотерапии в широком смысле
d. аллопсихического резонанса
e. лечения отыскиванием (нередко вместе с пациентом) причины, породившей данное невротическое расстройство, причины, которую пациент сам не осознает, с последующим разъяснением этой причины пациенту, если он в процессе этой работы все никак не может осознать эту причину сам
346. При неврозе страха обнаруживаются следующие характерные расстройства (по Свядощу)
a. чувство тревоги и ужас
b. конкретный страх какой-то определенной катастрофы в жизни - смерть от злокачественной болезни, инфаркта и т.д.
c. фобии
d. ипохондрический бред

347. Психотерапевту следует относиться к больным истерией (по Конституму)
a. как к безусловно страдающим от своих симптомов

b. с пренебрежением к их симптомам
c. с уважением к механизмам их истерического реагирования
d. игнорируя их симптоматику как выдумку, симуляцию
e. сочувственно, как к самоотверженным жертвам травмирующей их ситуации

348. При истерических гемиплегиях обычно отмечаются
a. выраженные трофические нарушения мышц и качественные расстройства электровозбудимости в мышцах
b. изолированные параличи мышц
c. распространение паралича на мышцы лица и языка
d. расстройства речи в случае, если у правши поражены правые конечности

349. Различают следующие клинические формы расстройства сна при неврозах, кроме (по Карвасарскому)
a. пресомнических расстройств
b. укороченного сна из-за раннего пробуждения
c. диссомнии
d. неглубокого сна с пробуждениями
e. сомноленции

350. Неврастенический симптомокомплекс может быть вызван
a. интоксикацией
b. опухолью головного мозга
c. инсайтом
d. сатори
e. нарушениями

351. Истерический ступор, остро развившийся в ответ на психотравмирующее воздействие, обычно характеризуется
a. эхопраксией
b. страдальческой, напряженной мимикой и мутизмом, полной неподвижностью
c. замедленным пульсом
d. суженными зрачками

352. Для невротичекой гастралгии характерны (по Карвасарскому)
a. чувство переполнения желудка и чувство жжения
b. возникновение боли в желудке в связи с приемом пищи
c. отсутствие полиморфности ощущений со стороны желудка
d. ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области

353. При возникновении фобического невроза решающее значение имеет (по Н. М.Асатиани)
a. психическая травма (в широком понимании)
b. чрезвычайно стойкая фиксация первичной реакции испуга
c. соматическая ослабленность
d. психастенический преморбид
e. преморбид с явными элементами демонстративности

354. Довольно часто встречаются следующие истерические расстройства
a. истерические скотомы и гемианопсии
b. истерическая астенопатия
c. истерическая дисменорея и истерический мутизм
d. истерический палимпсест

355. Пациентам с неглубокими депрессиями для каждодневного активного самостоятельного преодоления своих болезненных явлений предлагается в более или менее удовлетворительном состоянии (по В.П. Колосову)
a. стараться проникаться общением с природой на прогулке (наблюдать, как распускаются листья, вслушиваться в пение птиц и т.п.)
b. углубляться аналитически в свои переживания, сомнения с целью потижения их смысла, инсайта
c. стремиться, прежде всего, в красоту, глубину своего внутреннего мира,

особенно не беспокоясь об отчужденности своей от мира внешнего
d. добиваться максимально возможного экстравертированного поведения; опекать других пациентов, помогать им

356. Конфликт между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе лежит (по Мясищеву) в основе
a. истерии
b. невроза навязчивых состояний
c. фобического невроза
d. неврастении

357. Согласно инфантильно-сексуальной теории неврозов Фрейда у ребенка в первые годы жизни появляются все следующие основные влечения, впоследствии воспитанием вытесняемые в бессознательное, кроме
a. сексуального влечения девочки к отцу
b. сексуального влечения мальчика к отцу
c. нарциссизма
d. гомосексуальных влечений
e. мастурбации

358. Больному с жалобами на интеллектуальную астению рекомендуется (по Леонгарду)
a. назначить нейролептики в малых дозах
b. назначить психостимуляторы
c. заниматься умственным трудом по 6 часов в день
d. гимнастические упражнения, вызывающие боли в мышцах
e. быстрая ходьба на расстояние до 10 км

359. Систематическая психагогическая работа с больными истерией должна строиться на следующих моментах (по Консторуму)
a. директивы типа: "вы должны взять себя в руки", "должны бороться с собой, укрепить свою волю"
b. указание на необходимость борьбы с эгоцентризмом
c. директива о необходимости более вдумчивого отношения к другим людям
d. "развенчание" истерического
e. борьба с интеллектуальной недостаточностью

360. При истерии иногда не вызываются
a. брюшные рефлексы и подошвенный рефлекс
b. рефлекс с m.cremaster
c. коленный рефлекс
d. рефлекс с ахиллова сухожилия

361. Больной истерией в беседе с психотерапевтом должен знать, что (по Консторуму)
a. он несерьезный больной
b. его переживания есть нечто, не заслуживающее внимания
c. его симптомы - проявления злой воли
d. он симулянт
e. его болезненные расстройства заслуживают внимания психотерапевта и искреннего желания помочь

362. Наибольшей резистентностью при лечении неврастении обычно отличаются (по В.П.Колосову)
a. вегетативные расстройства
b. истощаемость
c. ипохондрические сомнения и ипохондрические навязчивости
d. тягостные переживаемые нарушения сна

363. Невроз только как функциональное заболевание, не имеющее органической основы (морфологических изменений в органах), определяют
a. Вейн
b. Шарко
c. Куллен
d. Жане
e. Штрюмпель

364. Специфика несостоятельности больного истерией состоит в том, что она (по Конституму)
a. является объектом внутренней борьбы
b. экспонируется и демонстрируется
c. несет в себе целевую установку (добиться какого-то внимания, признания)
d. несет в себе "весь ассортимент специфических черт истерического ха-рактера"

365. Высказывание "Вылечить алкоголика - значит, ведь, в конце концов, научить его жить трезво среди пьяниц" - принадлежит
a. Бехтереву
b. Синани
c. Гуфеланду
d. Токарскому
e. Певницкому

366. "Психосоматическая медицина" - это
a. то же самое, что "психосоматика"; учение о психосоматических болезнях
b. фрейдовское понимание соматических болезней
c. экзистенциальное понимание соматических болезней
d. клиническое исследование душевного состояния соматических больных
e. динамично развивающаяся дисциплина, образовавшаяся на стыке психиатрии, психологии, терапии и хирургии в силу переплетения научных теоретических и организационно-практических задач и представляющая собой совокупность научных направлений, лечебно-диагностических и организационных мероприятий, направленных на изучение и комплексную терапию сочетанной психической и соматической патологии.

367. Применение гипноза в торакальной детской хирургии показано в случае (по Долецкому и Шульману)
a. особенно тяжелых заболеваний легких и с большим количеством мокроты
b. резкого отставания в физическом развитии
c. выраженной душевной неуравновешенности
d. выраженной болевой реакции
e. отсутствия выраженной болевой реакции и применение только во вне тяжелых формах заболеваний лёгких

368. Для гипнотерапии больных хроническим холециститом существуют следующие показания (по Булю)
a. медленное начало без предшествующих ему тяжелых переживаний
b. наличие выраженных функциональных нервных расстройств
c. явный эффект от медикаментозной терапии
d. отсутствие условно рефлекторных болей и рвоты

369. Основными типами непродуктивного супружеского взаимодействия (по Т. Мишиной), имеющими серьезное значение для сексопатологии, являются
a. "оголтелая ненависть друг к другу"
b. "соперничество"
c. "псевдоповелительство"
d. "псевдосотрудничество"

370. "Коронарный личностный тип" (Ф. Данбэр) обнаруживает
a. скрытность, способность сдерживаться
b. синтонность
c. гипоманиакальность
d. неспособность контролировать свои эмоции
e. астеничность

371. При лечении внутрисуставных переломов костей у детей (с выраженным болевым синдромом) гипноз применяется (по Долецкому и Шульману)
a. для расслабления мышц и уменьшения боли, возникающей при разработке движений в суставах
b. до снятия гипсовой повязки
c. после снятия гипсовой повязки

d. для усиления напряжения в мышцах

372. Показанием (показаниями) для гипнотерапии больных бронхиальной астмой являются (по Булю)
a. отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания при про-должающихся приступах
b. достаточная внушаемость, гипнабельность больного и желание лечиться гипнозом
c. зависимость приступов бронхиальной астмы от травмирующих событий, переживаний; условно рефлекторная зависимость приступов от определенных запахов, времени суток, какой-то определенной обстановки и т.п.
d. функциональные нервные расстройства у астматика
e. серьёзная степень бронхиальной астмы

373. При назначении онкологическим больным лучевой терапии или химиотерапии основными в психотерапевтическом воздействии являются (по Рожнову и Мацанову)
a. гипносуггестивный метод
b. игровая терапия
c. аналитическая терапия
d. обучение приемам самовнушения
e. гипносуггестивный метод; обучение приемам самовнушения

374. В формулах гипнотического внушения для раковых больных могут присутствовать примерно такие слова (по Рожнову и Мацанову)
a. вы избавляетесь от тревоги
b. у вас нет никаких оснований думать о раке
c. вы верите врачу, что злокачественного новообразования у вас нет
d. вы верите в успех лечения по поводу доброкачественной опухоли

375. В половом влечении мужчины выявляются следующие функциональные компоненты (по Васильченко)
a. мозговой
b. селективный
c. энергетический
d. синергический

376. Самовнушение при психорегулирующей тренировке А.Алексеева должно быть направлено прежде всего
a. на успокоение душевного состояния спортсмена
b. на возбуждение душевного состояния
c. на то, чтобы вызвать "стартовую лихорадку"
d. на то, чтобы вызвать благотворную "стартовую апатию"

377. Актерам, страдающим от своей рассудочности, психастеничности, показано (по А. Гройсману)
a. изучение под руководством психотерапевта своего психастенического характера с выяснением его ценностей
b. изучение системы психастенического режиссера К. Станиславского
c. активирование к действию
d. побуждение к общению с природой

378. Основными этапами становления сексопатологии являются (по Васильченко)
a. наивно-механистический
b. локализационный
c. энциклопедический
d. параметрический и системный
e. количественный

379. Гипносуггестивная психотерапия сахарного диабета показана (по Булю)
a. при всех формах сахарного диабета
b. когда лекарственная терапия неэффективна, а происхождение заболевания отчетливо связано с психотравмой или длительными отрицательными эмоциями

c. только при выраженных формах сахарного диабета
d. при отсутствии у диабетиков фурункулеза

380. Эффективность поведенческой психотерапии зависит от
a. выраженности эмпатического потенциала личности пациента
b. психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
c. способности пациента к экспрессивному поведению
d. уровня интеллекта
e. старательности, настойчивости пациента

381. Психотерапевтическое воздействие является главнейшим при следующих сексуальных нарушениях
a. синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей
b. половые нарушения при заболеваниях периферической нервной системы
c. приапизм
d. фибропластическая индурация полового члена
e. психогенной гиполибидэмии

382. Для лечения фригидности (при отсутствии гипертрофии матки) назначают следующие физиотерапевтические процедуры, кроме (по Свядощу)
a. горячих влагалищных душей
b. орошения влагалища нарзаном
c. диатермии половых органов
d. льда на область малых срамных губ
e. дарсонвализации наружных половых органов

383. Фригидность - это
a. неспособность женщины к переживанию вагинального оргазма
b. неспособность женщины к переживанию клиторического оргазма
c. неспособность женщины к переживанию оргазма
d. то же, что и генитоальгии
e. то же, что и вуайеризм

384. При лечении кардиофобий в случае высокого уровня сопротивления к психотерапии следует применить
a. рассудочную психотерапию; мотивированное внушение в гипнозе
b. внушение тепла в левой руке и левой половине грудной клетки
c. внушение "расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы"
d. медикаментозное лечение

385. Групповая психотерапия соматических пациентов должна преследовать следующие задачи (по Рожнову и Либиху)
a. сообщение больным научно обоснованных сведений об их болезнях; борьбу с эгротогениями
b. обучение больных занятиями рециональной терапией
c. религиозно-психотерапевтическую помощь безнадежно больным
d. обучение пациентов приемам музыкотерапии

386. Гипнотерапия показана больным с приступами стенокардии в тех случаях, когда (по Булю)
a. электрокардиологические и рентгенологические исследования обнаруживают значительные органические изменения в сердце и крупных сосудах
b. имеется весьма высокая гипнабельность
c. отмечается условнорефлекторный механизм в возникновении повторных приступов; обычная медикаментозная терапия не имеет успеха
d. нет сопутствующих отчетливых функциональных расстройств нервной системы

387. К психосоматическим (в принятом смысле) относятся все следующие болезни, кроме
a. рака желудка и толстого кишечника
b. язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
c. ишемической болезни сердца
d. гипертонической болезни

388. По Ф. Александеру непосредственной причиной бронхиальной астмы является
a. регрессия к детскому страху перед разлукой с матерью
b. напряжение бронхиального дерева в связи с длительным нервным расстройством

c. регрессия в младенчество с желанием быть накормленным
d. хронические заболевания легких
e. особый "профиль личности"

389. Ишемическая болезнь сердца возникает обычно в результате (по Губачеву и Стабровскому)
a. частых спазмов коронарных артерий
b. препятствий в снабжении сердечной мышцы кислородом
c. атеросклероза почечных артерий
d. тревожно-мнительного склада характера
e. длительной алкоголизации

390. При определенных психических нарушениях в случае недостаточного эффекта от психотерапевтического воздействия и высокого уровня сопротивления в процессе психотерапии
a. следует сменить тактику и подход психотерапии
b. следует отказаться от пациента
c. следует рассмотреть медикаментозное лечение
d. следует направить пациента на групповую психотерапию

391. Больные язвенной болезнью отличаются всеми следующими личностными чертами, кроме (по В. Белову, Т. Немчиной)
a. астеничности
b. повышенной самооценки
c. безалаберности
d. прямолинейности в демонстрации развитого чувства долга

392. В основе кортико-висцеральной теории (И. Курцин) лежит все перечисленное, кроме
a. невроз - обязательная функциональная стадия органических заболеваний
b. исходные физиологические особенности высшей нервной деятельности не определяют патогенез заболеваний; кречмеровские типы (шизоиды, циклоиды) по-разному переживают личностно одни и те же соматические болезни
c. большинство пациентов терапевтических клиник - люди со слабым типом высшей нервной деятельности
d. концепции происхождения многих соматических заболеваний возможно построить без привлечения психологических исследований

393. К личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда относятся (по В. Ослеру)
a. невротичность
b. тягостное чувство неполноценности
c. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах
d. сенситивность

394. На третьем этапе эмоционально-волевой тренировки А. Филатова шахтеры
a. представляют, как травмирован их товарищ по смене
b. учатся расслаблять мышцы ног
c. учатся внушать себе прохладу лица
d. учатся улучшать легочную вентиляцию
e. учатся отвлекаться от посторонних звуков и мыслей

395. Тревога при тревожно-мнительном характере имеет такую же биологическую основу и соматическое сопровождение, как и тревога при (по Губачеву и Стабровскому)
a. циклотимии и маниакально-депрессивном психозе
b. ананкастической психопатии
c. психастеноподобной шизофрении
d. инволюционных невротических расстройствах

396. Аутогенная тренировка применяется в лечении соматически больных с целью (по Рожнову и Либиху)
a. смягчения напряжения, постоянно присутствующего в "неадекватной реакции на болезнь"
b. прекращения импульсации из органов и систем, способствующей образованию стабилизации невротической эмоции
c. усиления творческих способностей пациентов, формирования целебного ощущения в

пациентах своего единства с природой
d. формирования светлого, религиозного переживания в пациентах, по существу действующего психотерапевтически

397. Для устранений диссомний у спортсменов применяют самовнушения следующего содержания (по А. Филатову и А. Морозову)
a. я не усну, не хочу спать
b. я непременно засну
c. возможно засну
d. я все сделаю сейчас, чтобы заснуть

398. Спортсмена с нарушениями сна врач просит усвоить все следующие правила, кроме (по А. Филатову и А. Морозову)
a. отходя ко сну, мириться с мыслью, что не засну
b. настраивать себя на полную тишину
c. вызывать релаксацию мышц лица
d. сделать "маску релаксации"
e. дышать так же, как дышит спящий крепким сном

399. Возникновению язвенной болезни способствует (Кац, Пикерт, Зигель)
a. длительная гиперактивация симпатического отдела вегетативной нервной системы
b. снижение секреции стероидных гормонов
c. стрессорная гипосекреция стероидных гормонов
d. гипертензивные реакции

400. Гипнотерапия, как известно, успешно применяется для лечения следующих кожных заболеваний, кроме (по Булю)
a. юношеских бородавок
b. красного плоского лишая
c. чешуйчатого лишая
d. базалиомы
e. гнездной плешивости

401. Установлены следующие стадии развития либидо у мужчины (по Васильченко)
a. эротическая
b. сексуальная
c. романтическая
d. понятийная; платоническая
e. обсессивная

402. Основными особенностями женской сексуальности в отличие от мужской являются
a. тенденция к "застреванию" в эротической фазе
b. возможность при глубокой взаимной привязанности довольствоваться satisfactio sine orgasmo в течение многих лет
c.первые органистические ощущения тесно связаны с периодом полового созревания и никогда не возникают раньше
d. тенденция к «застреванию» в платонической фазе

403. Основными личностными чертами больных гипертонической болезнью (по Ф.Александеру) являются
a. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и по-давлением агрессивных тенденций поведения
b. паранойяльность
c. сенситивность
d. аутистичность
e. демонстративность

404. С тревожно-мнительным характером женщин, возможно, связаны (по Губачеву и Стабровскому)
a. избыточное реактивное функционирование адреналовых механизмов
b. тренировка адренорецепторов
c. выраженные изменения миокарда
d. выраженные изменения липидного обмена
e. тренировка холиномиметиков

405. Основная идея (теоретическая сущность) германской "школы психиков" (Гейнрот) заключается
a. в том, что психические воздействия могут вызывать соматические на-рушения; психотические расстройства могут возникать у соматических больных
b. в том, что многие соматические болезни излечиваются психотерапевтически
c. в психоаналитическо-символическом объяснении телесных болезней (всоответствии с учением Фрейда.
d. в экзистенциальном толковании клиники и течения соматических болезней
e. в том, человек обладает абсолютной свободой воли, или свободой выбора между добром и злом – liber arbitrium indifferentiae средневековой схоластики; избирая то или другое (бога или дьявола), человек предопределяет этим самым линию своей жизни и моральной судьбы
406. Взгляды И.П.Павлова особенно близки к следующим нижеперечисленным школам
a. "Школа психиков" (Гейнрот)
b. школа У.Кэннона и "Школа соматиков" (Якоби, Гризингер)
c. гуманистическая психология Маслоу
d. психосоматика Ф.Александера
407. Типичными особенностями больных язвенной болезнью (по Ф.Александеру) является все перечисленное, за исключением
a. тщеславия
b. агрессивности
c. ранимости
d. робости
e. впечатлительности
408. К типичным личностным особенностям больных язвенной болезнью относятся (по М. Черноруцкому)
a. эмоциональное спокойствие
b. склонность к тревоге, опасениям, страхам
c. склонность к приподнятому, эйфоричному состоянию
d. склонностью к параноидным идеям
409. В процессе лечения онкологических больных после экстирпации желудка с успехом могут применяться следующие психотерапевтические приемы (по Рожнову)
a. рациональная психотерапия
b. методика сократического диалога
c. гипноз и аутогенная тренировка
d. иглоукалывание и рефлексотерапия
410. Онкологический больной должен знать о своем злокачественном заболевании (по Рожнову и Мацанову)
a. всю правду
b. лишь часть правды - в соответствии с тем, "что он сможет перенести"
c. тем меньше, чем хуже прогноз
d. ничего
411. При психотерапии психогенной импотенции ведущее принадлежит (по Н. Иванову)
a. гипносуггестивной терапии
b. разъяснительной терапии
c. психической саморегуляции с элементами гейшизма
d. суггестивной терапии онанизма в бодрствующем состоянии
412. Эмоционально-волевой тренировкой А.Филатова не рекомендуется самостоятельно заниматься шахтерам
a. с сильной волей
b. перенесшим травму черепа
c. очень высокого роста
d. моложе 20 лет
e. склонным к тревогам
413. Сеансы гипнотерапии при язвенной болезни должны продолжаться (по Булю)
a. 20-30 мин
b. 30-40 мин

c. 40 мин - 3 часа
d. более 3 часов

414. К особенностям гипнотерапии больных бронхиальной астмой относятся (по Булю)
a. больному следует внушать, что волнения, тревоги, обиды и огорчения не будут больше оказывать отрицательного влияния на его дыхательную функцию
b. следует обращать внимание больше на то, как свободно и легко стал он дышать и внушать, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом астматические приступы будут слабеть, будут возникать все реже, пока не исчезнут совершенно
c. лечебные внушения должны отвечать содержанием своим не жалобам
больного, а только данным объективного исследования
d. следует в гипнозе внушать запахи, ранее провоцировавшие астматические приступы

415. Метод структурного анализа половых расстройств
a. противостоит системному подходу
b. основывается на рефлексологии В.Бехтерева
c. представляет совокупность диагностических алгоритмов в сексопатологии
d. основывается на теории относительности А.Эйнштейна

416. Сексопатология - это
a. медицинская сексология
b. область клинической медицины, изучающая половые расстройства
c. раздел урологии
d. раздел психиатрии

417. Показателями эффективности гипнотерапии больных язвенной болезнью являются все следующие моменты, кроме (по Булю)
a. данных клинического исследования до, во время и после лечения
b. данных лаборатории
c. данных рентгеноскопии и рентгенографии
d. частоты, длительности и интенсивности приступов рвоты, болей как наиболее выраженных проявлений болезни
e. результатов теста MMPI

418. Противопоказанием для гипнотерапии больных хроническим холециститом являются следующие, кроме (по Булю)
a. высокой температуры
b. диспепсических явлений
c. возникновения холецистита после пищевой интоксикации
d. наличия деформаций, спаек в желчном пузыре
e. функционального расстройства нервной системы

419. По относительному "весу" определенных патогенных факторов возможны следующие варианты развития язвенной болезни (всякого психосоматического заболевания) (по Губачеву и Стабровскому)
a. ситуационный
b. личностный
c. психопатологический
d. церебральный и соматический
e. псевдосоматический

420. Особенно предрасположены к ишемической болезни сердца мужчины в возрасте 39-40 лет (по М.Фридмэну и Р.Розенмэну)
a. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени
b. со скрупулезностью, ананкастичностью
c. с добродушием
d. с неуверенностью в себе; склонностью к сомнениям

421. Групповая психотерапия больных внутренними болезнями включает следующие методики (по Рожнову и Либиху)
a. психотерапевтическую беседу в группе с изучением больными собственных и иных характеров

b. внушение в гипнотическом состоянии; обучение аутогенной тренировке
c. аретотерапию по Яроцкому
d. формирование оптимистического мироощущения по Марциновскому

422. В терминальных стадиях рака показаны следующие психотерапевтические воздействия (по Рожнову и Мацанову)
a. удлиненные сеансы гипноза по В.Рожнову
b. попытки вселить в пациента и сохранить в нем уверенность в выздоровлении
c. иманотерапия по Вольперту
d. помощь в построении оптимистических планов по выздоровлении

423. Упражнения эмоционально-волевой тренировки А.Филатова имеют все следующие цели, кроме
a. научиться активно изменять ритм дыхания
b. научиться перераспределять мышечный тонус
c. изучить приемы специального самовнушения
d. научиться находить прекрасное в обычном
e. уметь пользоваться полученными навыками

424. Внушение в гипнозе при лечении больных с язвенной болезнью имеет примерно следующее содержание, исключая (по Булю)
a. исчезает вялость кишечника
b. с каждым днем у Вас будет нарастать здоровый аппетит
c. тошнота, рвота не исчезнут, но Вы перестанете обращать на них внимание
d. живот становится мягким, безболезненным

425. Психорегулирующая тренировка А.Алексеева - это
a. спортивный вариант аутогенной тренировки
b. вариант прогрессирующей (прогрессивной) мышечной релаксации Джекобсона для спортсменов
c. спортивный вариант активного самогипноза Э.Кречмера
d. спортивный вариант психической саморегуляции с элементами "дзэн"
e. методика самовнушения с реципрокным торможением, приспособленная для спортсменов

426. Яркий психотерапевтический эффект при лечении больных с органическими заболеваниями нервной системы свидетельствует о том, что (по Платонову)
a. нет никаких оснований думать об органическом заболевании нервной системы
b. устраненные психотерапией невротические нарушения, возможно, являются предшественниками органической симптоматики и представляют собой соматогенно-обусловленное невротическое
c. возможно имели место невротические реакции больного на органическое заболевание; органическому заболеванию сопутствуют функциональные расстройства
d. само органическое нарушение выразительно поддается действию психотерапии

427. При групповой терапии в системе восстановительного лечения больных с последствиями инсульта (в т.ч. с афазией) проводятся все перечисленные типы занятий по восстановлению речи, кроме (по В.М. Шкловскому)
a. растормаживающего характера
b. стимулирующего характера
c. с применением специального цветного кино
d. в процессе труда
e. клубного типа

428. Гипнотическое воздействие способно устранять или ослаблять все следующие расстройства, кроме (по Платонову)
a. табетических гастритических кризов
b. интенционного дрожания при рассеянном склерозе
c. парезов и параличей при рассеянном склерозе
d. дизартрии при рассеянном склерозе
e. расстройств памяти при прогрессивном параличе

429. Обязательной предпосылкой систематической психотерапевтической работы с больными, страдающими отдаленными последствиями закрытых травм черепа, является (по

Консторуму)
a. дружеское, "на равных" отношение врача к больному, при котором пациент чувствует-понимает, что не менее врача разбирается в своих болезненных расстройствах
b. наличие у пациента известной воли к здоровью и полного доверия к врачу
c. смягчение душевной напряженности пациента с помощью хлоралгидрата в клизме
d. развенчивание в глазах пациента "особой тяжести" его нервных переживаний

430. При групповой психотерапии постинсультных больных (по Т.Д.Демиденко) проводится все перечисленное, за исключением
a. лечение осуществляется в больших группах
b. применяется прием "психотерапевтического зеркала"
c. применяется прием "коррекции масштаба переживания"
d. используются игровые методики
e. применяется идеомоторная тренировка

431. При групповой психотерапии больных, страдающих сосудистыми мозговыми заболеваниями (по И.М. Вишу и В.Я. Романюку)
a. рассматриваются с врачом в группе клинические особенности заболевания, течение, прогноз
b. обсуждаются проблемы, связанные с подготовкой к выходу на пенсию
c. больные изучают различные человеческие характеры для улучшения меж-личностных отношений, учатся с помощью специальных приемов оставаться на высоте в сексуальных отношениях
d. пациенты учатся слушать и постигать известные произведения Баха и Бетховена в порядке музыкотерапии

432. Гипнотерапия способна существенно помогать в следующих случаях органических заболеваний мозга (в т.ч. инфекционного происхождения) (по Кар-васарскому)
a. при неврозоподобной симптоматике психогенного происхождения и непсихогенной природы
b. при парезах и параличах
c. при интенционном дрожании
d. при фантомных болях
e. при деменции

433. В психотерапевтической работе с больными, страдающими отдаленными последствиями закрытых травм черепа, в случаях вспыльчивости, доходящей до агрессии, врачу следует провести все перечисленное, за исключением (по Конструму)
a. спокойно разбирая с пациентом каждый срыв, методически, настойчиво доказывать, что он этим проявляет величайшее невнимание к человеку
b. обращаться к интеллекту, социальному сознанию пациента
c. стремиться перевоспитать больного человека
d. приступить к "большой психотерапии"
e. полагаться, в основном, на седативные препараты и суггестию

434. Врач, работающий с психопатами-подростками, должен (по Личко)
a. приспосабливается по возможности к новому поколению, подражая ему в манере вести себя, одеваться и т.п.
b. уметь гибко переходить от совета к наставлению, от терпеливого выслушивания к активному оспариванию; сопереживать без утраты дистанции
c. держаться с подростком достаточно формально-нейтрально, подчеркивая свою объективность
d. поговорить со взрослыми, которые привели подростка, поначалу наедине, не в присутствии подростка

435. В случае невротического энуреза обычно применяются (по Ковалеву и Буянову)
a. аутосуггестия общеседативного содержания в сомноленции или в бодрствующем состоянии
b. направленная на основное расстройство гетеросуггестия в сомнамбулизме
c. гетеросуггестия общеседативного содержания в сомноленции или бодрствующем состоянии, побуждающая проснуться в момент позыва на мочеиспускание
d. аутосуггестия, побуждающая проснуться в момент позыва на мочеиспускание

436. Главное лечебное действие в рисуночной терапии детских страхов - это (по Захарову)
a. условное изображение, к примеру, темноты или страшных животных
b. изображение себя, например, в темноте или рядом со страшным животным без страха или в страхе перед ним
c. изображение своего жестокого отношения к обидчику или злой темноте
d. изображение своего милосердия даже к проявлениям зла

437. Рациональная психотерапия в детском возрасте может быть применена в более или менее изолированном виде (по Ковалеву и Буянову)
a. во всех случаях невротических расстройств
b. во всех случаях неврозоподобной шизофрении
c. во всех случаях психопатических расстройств
d. лишь в редких случаях - например, при наличии сверхценных идей ипохондрического содержания или при реакциях протеста

438. Увлечения подростков (по Личко)
a. с истерической психопатией помогают им искать душевное отдохновение, способ уйти от аффективной ситуации
b. с гипертимной психопатией служат средством успокоения в сосредоточенном занятии в одиночестве
c. с шизоидной психопатией часто причудливы - например, изучение ненужного языка, собирание ненужных вещей
d. с эпилептоидной психопатией служат для разрядки их вечно брызжущей энергии

439. Игровая методика устранения страхов у детей включает все следующие фазы игрового взаимодействия, кроме (по Захарову)
a. актуализации страха
b. визуализации страха
c. закрепления достигнутых результатов посредством повторной перемены ролей
d. отреагирования страха
e. десенсибилизации к страху посредством перемены ролей

440. В лечебно-педагогической работе с детьми, больными неврозами (по Драпкину и Трифонову)
a. продолжительность уроков должна быть такой же, как в массовой школе
b. по первой просьбе следует отпускать ребенка с занятий
c. все преподавание должно вестись по программе массовой школы
d. домашние задания не должны быть облегченными
e. учителю следует идти навстречу всем предъявляемым учеником жалобам

441. У подростков-психопатов могут сохраняться следующие детские повенденческие реакции (по Личко)
a. отказа
b. оппозии
c. имитации
d. компенсации и гиперкомпенсации
e. реакции приводящие к социальной дезадаптации

442. В детской психотерапевтической группе клинически вполне совместимы пациенты (по Захарову)
a. с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний
b. с истерическим неврозом
c. с логоневрозом и тиками
d. с неврастенией и тиками
e. смассивными органическими наслоениями

443. В психотерапевтической работе с психопатическими подростками обычно не прибегают к следующим видам рациональной терапии (по Личко)
a. убеждению логическими доводами
b. дискуссионной рациональной терапии
c. рациональному отреагированию
d. эмоциональному консонансу и патикусу

444. Особенностями психотерапии неустойчивых психопатов-подростков являются (по Личко)
a. широкое применение занятий ритмикой, психогимнастикой
b. сравнительно эффективное действие суггестивных методов
c. сравнительно эффективное действие рациональных методов
d. использовать отрицательные качества этого типа - подчиняемость более стеничным сверстникам, трусость, неспособность противостоять большинству
e. открытая группа со слабым лидером, но социально позитивными установками
445. Психотерапия детей и подростков отличается от психотерапии зрелой личности
a. преобладанием интуитивно-аналитических психотерапевтических приемов с учетом образного мышления пациентов
b. неразрывной связью психотерапии с психогигиеной
c. сравнительно большой ролью психотерапевтического отвлечения и переключения
d. сравнительно сдержанным отношением к психотерапевтическим культурно-массовым мероприятиям
e. широким использованием психотерапевтического воздействия через сверстников
446. Возрастной пик внушаемости наблюдается в (по Захарову)
a. 5 лет
b. 7 лет
c. 10 лет
d. 12 лет
e. 3 года
447. Главными факторами, влияющими на эффективность гипнотерапии у детей, являются (по Захарову)
a. выраженное биополе у гипнотерапевта
b. профессиональное умение и вера врача в успех дела
c. тонкое, подробное знание клинической картины
d. мягкость в характере врача
448. У детей и подростков низкая внушаемость нередко (по Захарову)
a. является следствием отрицательного отношения к врачу и лечению; свидетельствует о ригидности психических процессов
b. обнаруживается в первые встречи с врачом
c. свидетельствует о гибкости, пластичности психических процессов
d. встречается лишь у мальчиков
449. Выделяют следующие группы аутистических расстройств у детей (по Кагану)
a. детский аутизм Каннера и шизофренический аутизм
b. аутизм в структуре психастенического характера
c. аутизм в структуре шизоидного характера
d. аутизм в структуре эпилептоидного характера
e. правильно а. и с.
450. Аутогенная тренировка при лечении детей и подростков применяется (по Захарову)
a. с 3 лет
b. с 5 лет
c. с 7 лет
d. с 8-9 лет
e. с 10 лет
451. В лечебно-педагогической работе с детьми-дошкольниками, с рези-дуально-органическими психическими расстройствами следует (по Драпкину и Трифонову)
a. учить их повторять простейшие движения и выполнять простейшие действия по словесной инструкции
b. остерегаться формировать у них пространственные представления
c. учить их различать правую и левую сторону
d. стремиться к тому, чтобы они осваивали игру в шашки и шахматы
452. В случае детского страха темноты с боязнью неожиданного нападения терапевтически эффективен следующий игровой сеанс
a. ребенок прячется в кабинете без света, и его, надев маски, поочередно ищут мать, отец, врач с агрессивными репликами; в кабинете прячутся взрослые, а мальчик в "страшной"

маске ищет их
b. ребенок и кто-то из его родителей танцуют в темной комнате под веселую музыку
c. ребенок поет в темной комнате смешные куплеты
d. врач рассказывает ребенку в темной комнате смешные истории, чтобы хохотал

453. Для аутичных детей с выраженным отставанием в развитии рекомендуются следующие обучающие игры (по Кагану)
a. "надень кольцо", "цветное лото"
b. "револьвер"
c. "курица"
d. "земляника"

454. При первичном неврозоподобном недержании мочи по причине дистонии мочевого пузыря характерно (по Буянову)
a. недержание мочи может быть дневным и ночным
b. моча выделяется небольшими порциями (например, 4-5 раз за ночь); об-мочившись, больной просыпается
c. позыв на мочеиспускание бывает неодолимым - даже проснувшись
d. урологическая патология
e. положительный эффект от метода Ялмара Карлсона

455. Существенными отличиями психотерапии подростков от психотерапии взрослых и детей не являются
a. возможное принуждение подростка к лечению (в отличие от взрослого)
b. соблюдение позиции нейтрального лица - без обязательного (в случае ребенка. сопереживания
c. остерегаться "заменить" подростку родителей (в психологическом от-ношении)
d. стремиться ограничивать психотерапевтическое вмешательство каким-либо одним методом; усиление директивного тона психотерапевта в случае выраженной реакции эмансипации
e. соблюдение позиции «авторитетного» лица

456. С целью проведения лечебных дискуссий в процессе коллективной психотерапии детей и подростков используются все перечисленные приемы, кроме (по Ковалеву и Буянову)
a. беседы на свободные и терапевтические темы
b. создания взаимных психологических портретов
c. обсуждения достоинств и недостатков членов лечебного коллектива
d. обсуждения достоинств и недостатков главного врача диспансера или больницы
e. методики незаконченных рассказов

457. Этапами в психотерапии шизоидного аутизма являются все перечисленные, кроме (по Кагану)
a. освобождения от детского сада или школы с индивидуальной психотерапией на мягком медикаментозном фоне
b. лечения в небольшой арттерапевтической группе для шизоидов; показывания шизоидному ребенку его аутистических душевных ценностей в творческом рисовании, в общении с искусством и т.д.
c. индивидуальной психотерапии + возвращения в обычный круг общения или лечения в долгосрочной группе (диагностически разнородной открытой) с последующим постепенным возвращением в коллектив
d. реадаптации и ресоциализации

458. Психотерапевтический комплекс, предложенный для лечения в условиях стационара для детей и подростков, страдающих заиканием, включает в себя (по Ковалеву и Буянову)
a. прогрессирующую релаксацию Э.Джекобсона
b. мышечную деконтрактацию и дыхательную гимнастику
c. самовнушение по Куэ
d. протрептику

459. При проведении фронтального урока с больными шизофренией (по Драпкину и Трифонову)
a. ученик поначалу может лишь формально присутствовать на уроке, почти не занимаясь

b. педагог просит учеников лишь механически переписывать интересный текст, чтобы заинтересоваться им, а во время диктанта рисовать хотя бы палочку или кружок на каждое диктуемое слово
c. на столе педагога мирно сидит живая спокойная кошка
d. ученики пишут свободное сочинение, и основное внимание педагог, разбирая вслух это сочинение, обращает на смысловую сущность работы

460. Внушение не действует или действует слабо, если ребенок (по Захарову)
a. не понимает его смысла
b. сильно возбудим
c. выраженно заторможен
d. астеничен вследствие чрезмерных перегрузок
e. понимает его смысл

461. При шизофреническом аутизме страдает в первую очередь (по Кагану)
a. способность к общению
b. потребность в общении
c. способность видеть мир лишь абстрактно-символически, без реалистического полнокровия
d. способность довольствоваться общением просто с добрым человеком без ярко выраженной индивидуальности
e. потребность в творчестве

462. В психотерапевтической группе с обсуждением нарисованных дома детьми страхов (на больших листах) (по Захарову)
a. некоторые страхи проигрываются всеми участниками группы
b. повышается общая тревожность пациентов
c. возникает тягостно-тревожная атмосфера
d. врач жестоко расправляется со всеми страхами на глазах у детей
e. срабатывает механизм лечебного катарсиса

463. Средняя продолжительность семейной, индивидуальной и групповой психотерапии невротических расстройств у детей составляет (по Захарову)
a. 3 мес
b. 6 мес
c. 12 мес
d. 14 мес
e. 20 мес

464. При психопатиях у подростков оказываются заостренными и или искаженными все следующие, свойственные этому возрасту социально-психологические особенности, кроме (по Личко)
a. формирующегося сексуального влечения
b. склонности рыцарски-нежно ухаживать за девочками, а у девочек - писать мальчикам стихи
c. реакции увлечения (хобби)
d. реакции группирования со сверстниками
e. реакции эмансипации

465. Отрицательное отношение детей и подростков к гипнозу (по Захарову) нередко указывает на все перечисленное, за исключением
a. тревожно-мнительных черт характера пациента
b. истерических личностных свойств пациента
c. паранойяльных черт характера пациента
d. страха заснуть и не проснуться или проснуться другим
e. страха отделения от матери

466. При тяжелом конфликте родителей с детьми, упрямстве и негативизме с обеих сторон врачу рекомендуется (по Захарову)
a. не вмешиваться в этот конфликт, прекратить встречи с ребенком, семьей
b. советовать родителям взять над ребенком полную власть во всем и дер-жать ее строго
c. лечение ребенка достаточно большими дозами психотропных препаратов
d. советовать родителям дать ребенку при "поручительстве" врача полную самостоятельность не только в приготовлении уроков, но и в повседневной жизни
e. объявить при ребенке родителей еще более больными, нежели ребенок, призвать их к серьезному лечению

467. Императивное внушение парадоксально усиливает у детей психомоторные нарушения обычно в случаях (по Захарову)
a. слабого типа нервной системы или соматического ослабления
b. эпилептоидной психопатии
c. циклоидной психопатии
d. повышенного чувства ответственности

468. Удлиненный гипнотический сон при лечении детей школьного возраста более эффективен во всех перечисленных случаях, кроме (по Ковалеву и Буянову)
a. истерических и фобических реакций
b. затянувшихся невротических состояний
c. невротических развитий личности
d. вялотекущей шизофрении с неврозоподобными явлениями

469. Возрастными особенностями внушаемости и действия внушения являются (по Захарову)
a. частичный эффект от внушения в дошкольном возрасте
b. полный эффект - в подростковом возрасте
c. внушение у мальчиков эффективнее, чем у девочек
d. внушаемость у мальчиков выше, чем у девочек
e. внушаемость у девочек выше, чем у мальчиков

470. Игровая терапия детей (инсценировки) (по Захарову)
a. наиболее успешна в возрасте 2-3 лет
b. наиболее успешна в возрасте 4-7 лет
c. проводится без кукол и игрушечного реквизита в той или иной воображаемой обстановке
d. может проводиться в виде подвижных, предметных игр

471. Особенностями психотерапии гипертимных психопатов-подростков являются (по Личко)
a. попытаться помочь таким подросткам найти отдушину (в виде хобби) для реализации бурной энергии; дать возможность стать лидером среди сверстников
b. побуждать этих подростков учиться живому восприятию окружающего, умению схватить и запомнить мельком увиденное
c. защищать их от постоянных опасений по поводу возможного осуждения их сверстниками; в групповую психотерапию включать очень осторожно вследствие их ранимости
d. правильно побуждать этих подростков учиться живому восприятию окружающего, умению схватить и запомнить мельком увиденное; защищать их от постоянных опасений по поводу возможного осуждения их сверстниками; в групповую психотерапию включать очень осторожно вследствие их ранимости

472. В коллективной психотерапии нуждаются дети (по Ковалеву и Буянову)
a. с истерическим мутизмом
b. с психогенными навязчивостями и амаврозом
c. с энкопрезом
d. с острыми психотическими расстройствами
e. с реакцией дезадаптации

473. Психотерапия больных с дисморфоманическими расстройствами должна непременно включать в себя (по Коркиной)
a. гипноз
b. аутогенную тренировку
c. разъяснение, направленное на переориентировку личности - переключение основного внимания со своей внешности на более значимые жизненные ценности
d. семейную психотерапию
e. музыкотерапию

474. Основными положениями семейной психотерапии в детско-подростковой практике не являются (по Захарову)

a. психотерапевтическая работа с детьми и родителями всегда совершается вместе - в одних группах, диадах, триадах
b. дети помогают родителям в занятиях аутогенной тренировкой (расслабляться, вообразить цветную лужайку и т.д.)
c. дети помогают родителям выражать в рисунках и лепке свои родительские конфликты и постоянно меняются в игре ролями со своими родителями
d. ребенок и родители стремятся в своем лечебном взаимодействии к катарсису-инсайту
e. дети и родители не работают строго отдельно

475. Работая с подростковой психотерапевтической группой психотерапевт должен (по Личко)
a. влиять на нее словами и действиями ее "вожака" (лидера.
b. учитывать плохую психологическую совместимость эпилептоидных, неустойчивых подростков, гипертимных и эмоционально-лабильных подростков
c. помнить, что гипертимный лидер склонен во все встревать без достаточного такта и всем командовать
d. поправлять лидера перед всей группой

476. Шизоидные подростки (по Личко)
a. склонны к обстоятельным и неторопливым беседам, не обнаруживая при этом ни малейшей истощаемости
b. любят поговорить с психотерапевтом о своих хороших (обычно) способностях к ручному мастерству
c. отличаются неприхотливой избирательностью в выборе симпатий и антипатий; склонны слушать размышления психотерапевта о трудности контактоввообще и судьбе людей, которым они нелегко даются
d. как правило, эгоцентричны

477. В лечебном игровом сеансе с ребенком (по Захарову)
a. в кабинете врача ребенок вначале может играть один или в присутствии "занятого своим делом" врача
b. игра ни в коем случае не должна прерываться
c. игра может быть прекращена ребенком, но он должен объяснить - почему
d. не должно быть душевно напрягающей ситуации неопределенности, недосказанности, неизвестности

478. Больным нервной анорексией с истерическими чертами наиболее показаны (по Коркиной)
a. внушение в гипнозе или в бодрствующем состоянии
b. ежедневное тщательное разъяснение больным сущности их заболевания, того, что их болезнь - временное, преходящее состояние
c. арттерапия
d.имаготерапия

479. Существенной особенностью в занятиях аутогенной тренировкой именно с подростками является (по Ковалеву и Буянову)
a. сокращенные сроки занятий
b. всегда - поза лежа
c. образность аутосуггестий
d. избегание релаксации
e. большой удельный вес гетеросуггестии или лишь одна гетеросуггестия без аутосуггестии

480. При лечении детей и подростков внушение обычно неэффективно при следующих расстройствах
a. внутренний конфликт и невротические развития
b. бронхиальная астма
c. тики, зафиксированные функциональные расстройства
d. остропсихотические расстройства

481. Значительно более высокий эффект, чем от внушения наяву, наблюдается от использовании гипнотерапии (в лечении детей и подростков) (по Захарову)
a. при неврозах с вегетативными нарушениями и психосоматических заболеваниях
b. при психастении
c. при шизоидной психопатии
d. при ананкастической психопатии

482. Аутогенная тренировка применяется в детской и подростковой практике для лечения (по Ковалеву и Буянову)
a. подростков с возбудимостью, аффективной несдержанностью и тревожно-мнительными чертами характера
b. детей с врожденной безнравственностью
c. маленьких детей с заиканием
d. энкопреза

483. Реакция протеста - это, в сущности, то же самое, что (по Личко)
a. реакция оппозиции и реакция отказа
b. контримитация
c. осмидроз
d. парциолизм
e. реакции недисциплинированности, хулиганских выходках, агрессивных действиях, бродяжничестве, суицидальном поведении

484. При "дезаутизации через погружение" (по Кагану), врач, помогающий ребенку с аутизмом
a. оставляет его погружаться в аутистические переживания в четырех стенах с едой через окошко, пока у ребенка не появится желание с кем-то хоть как-то общаться
b. способствует целебному погружению ребенка в его воспоминания о еще более раннем и, быть может, более здоровом детстве
c. способствует целебному погружению ребенка в прошлое его народа, рассказывая народные сказки, выполняя с ребенком простейшие старинные народные обряды, дабы ребенок лечебно ощутил свои национально-психологические эмоциональные основы-корни
d. придумывает интересующий ребенка аутистический мир и погружается в него вместе с ребенком, слушая его часами, например, о волшебном лесе с квакузинами, тугифами и т.д., не дает ребенку возвращаться в реальность, пока он не потянется к ней со всей силой
e. уводит ребенка в мир природы, например, в больничном саду (деревьев, птиц, шмелей), погружается с ним вместе в одухотворенно- внимательное рассматривание самого скромного цветка, вспоминая при этом близких ребенку людей, чтобы ребенку захотелось к ним

485. Рациональная психотерапия в детском возрасте отвечает всему перечисленному, кроме (по Ковалеву и Буянову)
a. является ведущим психотерапевтическим методом при лечении детей школьного возраста
b. смыкается с лечебной педагогикой
c. пользуется приемами переубеждения
d. пользуется приемами отвлечения
e. пользуется приемами перевоспитания

486. Лечебная педагогика - это (по Драпкину и Трифонову)
a. все равно, что медицинская педагогика; педагогическое воздействие на больного ребенка и подростка с лечебной целью
b. рациональная психотерапия детей и подростков
c. воздействие, идентичное эмотивно-рациональной терапии Эллиса
d. разновидность когнитивной психотерапии

487. Внушаемость у страдающих неврозом детей и подростков наименее выражена (по Захарову)
a. при истерическом неврозе
b. при неврастении
c. при неврозе навязчивых движений
d. при неврозе страха
e. при фобическом неврозе

488. Процесс групповой динамики (детские психотерапевтические группы) включает следующие фазы (по Захарову)
a. ориентация и интеграция группы
b. групповой катарзис
c. групповой инсайт
d. дифференциация группы

489. При лечении гипнозом у детей чаще, чем у взрослых (по Ковалеву и Буянову)
a. наступает глубокий сомнамбулизм
b. возникают серьезные осложнения в виде потери раппорта или в виде тяжелых форм истерического гипноида
c. наступает переход гипнотического сна в физиологический
d. возникает стремление, чтобы лечили только гипнозом и возникает стремление, чтобы лечили только гипнозом
e. наступает переход гипнотического сна в физиологический

490. Совместная групповая психотерапия детей и родителей включает в себя следующие моменты (условия) (по Захарову)
a. обсуждение истории заболевания детей с отражением в этом семейных проблем
b. в играх дети играют своих родителей, а родители играют роли других родителей
c. ребенок не должен взаимодействовать в лечебной игре со своими родителями
d. группа как целое никогда не должна выполнять роль "обвинителя"

491. У подростков-психопатов нарушения сексуального поведения проявляются в следующих основных формах (по Личко)
a. онанизме
b. транзиторных сексуальных девиациях
c. рукоблудии
d. формировании ложных перверзий и становлении истинных перверзий

492. В рамках методики краткосрочной групповой психотерапии больных ал-коголизмом (по Гузикову, Мейрояну, Зобневу) используются все следующие приемы, кроме
a. рисунка
b. самоотчетов
c. творческого общения с природой
d. разыгрывания ролей
e. взаимооценки больных

493. Риск возникновения алкоголизма в подростковом возрасте резко возрастает
a. при психастенической психопатии
b. при астенической психопатии
c. при шизоидной акцентуации
d. при неустойчивой акцентуации или эпилептоидной психопатии

494. Для алкоголизма у женщин не характерно все перечисленное, кроме
a. гамбринизма
b. промискуитета
c. "глобус истерикус"
d. диплакузии
e. компульсивного влечения к спиртному

495. Алкогольная деградация выявляется
a. ослаблением памяти и утратой критики
b. эмоциональным оживлением
c. этическим снижением
d. фиксационной амнезией

496. Коллективную гипнотизацию алкоголиков впервые у нас применил
a. Бехтерев
b. Саблер
c. Вяземский
d. Болотов
e. Синани

497. Основными принципами методики краткосрочной групповой психотерапии больных алкоголизмом являются (по Гузикову, Мейрояну, Зобневу)
a. неразглашение тайны и дозированная откровенность
b. полная откровенность
c. методика применяется только для женщин
d. желательно присутствие в группе и деградированных больных

498. Психотерапевтическую работу с больным-наркоманом целесообразно начинать
a. сразу с момента обращения
b.после поступления в отделение больницы
c. после сбора необходимых сведений и написания анамнеза
d. после встречи с родными и близкими, сотрудниками по работе
e. по окончании периода дезинтоксикации

499. Культ-терапией называют
a. обращение к больным на "Вы"
b.ежедневное чтение газет
c. просмотр художественных кинофильмов в зале больницы
d. посещение театра
e. художественную самодеятельность пациентов

500. Наряду с медикаментозными методами в лечении и предупреждении алкогольных психозов занимают определенное место все следующие методы психо-терапии, кроме
a. гипносуггестивной эмоционально-стрессовой терапии
b. арт-терапии
c. гипноза - удлиненного сна
d. гипноза-отдыха
e. документальной кино-фотографии

501. Характерными особенностями алкоголизма на почве эпилепсии являются
a. смягчение и урежение дисфорий
b. придирчивость, нетерпеливость
c. выраженная возбудимость, злобность
d. отсутствие вязкости, обстоятельности

502. Краткосрочная групповая психотерапия больных алкоголизмом предполагает (по Гузикову, Мейрояну, Зобневу)
a. занятия только в закрытых группах (весь курс - 12-18 занятий)
b. занятия ежедневные
c. оптимальная продолжительность занятия - 1 час
d. в группе не более 20 человек

503. К принципам эстетотерапии относят все указанное, кроме
a. поддерживания естественных коммуникаций
b. формирования гуманистического мировоззрения
c. эстетического оформления интерьера лечебных учреждений
d. гармонизации отношений в семье с помощью средств искусства

504. Эксплозивный тип заострения личности больного алкоголизмом включает в себя
a. оптимистическое настроение
b. довольство окружающими и самим собой
c. легкое возникновение аффектов неприязни, придирок, недовольства, аффектов злобы и гнева
d. раздражительную слабость

505. Известная лечебная триада Бехтерева (для алкоголикос. включает
a. психоаналитическую краткую беседу с пациентом
b. сеанс гипноза с мотивированным внушением
c. эстетотерапевтический сеанс с "туманными картинами"
d. психотерапевтическую беседу о вреде алкоголя с демонстрацией картин, таблиц; обучение больных самовнушению

506. Главной особенностью амнезий при алкоголизме считается их
a. лакунарность, фрагментарность

b. тотальность
c. полиморфность
d. эсхатологический мотив

507. Арттерапию принято понимать, как метод
a. диагностики с помощью рисунков
b. проективного изучения личности
c. использования рисования и пластических средств с лечебной целью
d. уяснения неосознаваемого конфликта
e. творческого выражения

508. Основные принципы и формы работы обществ АА - это
a. больные рассказывают товарищам по несчастью истории своего "падения" и возвращения через трезвость в жизнь
b. чтение произведений Дюма по ролям
c. чтение глав книги "Alcoholics Anonymous"
d. члены этих обществ не могут быть атеистами; для вступления в АА необходим только вступительный взнос

509. Психотерапия в психиатрии подразумевает
a. применение гипнотерапии
b. самовнушение и саморегулирование
c. лечебный режим и режим "нестеснения"
d.отпуски домой
e. рациональную психотерапию

510. Система Токарского (лечение больных алкоголизмом) включает в себя все следующие моменты, за исключением
a. гипнотические сеансы проводятся раз в неделю в течение года, а коллективные психотерапевтические беседы не реже 1 раза в месяц
b. гипнотические сеансы проводятся поначалу ежедневно, затем несколько сеансов через день и затем все реже - до 1 сеанса через 4 месяца
c. больной в течение года не теряет связи с врачом
d. больной чувствует ответственность за явки в точно обозначенные сроки

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ ПО ОБЩИМ ДИСЦИПЛИНАМ БЛОКА 1.

Выберите один правильный ответ
Проверяемые компетенции: УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1

1. 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

2. Областью медицинской психологии является:
а) психофармакотерапия
б) психопатология
в) неврология
г) патопсихология

3. 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

4. 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

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. «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

8. 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

9. 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

Дополните определение.

10. Область медицинской психологии, занимающая «пограничное положение» между психологией и психиатрией, изучающая изменения психической деятельности человека вследствие психических заболеваний:_____

11. Постижение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия – это:_____

12. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется: _____

Выберите один правильный ответ

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

1. Какой вирус, обладает максимальной кардиотропностью и вызывает острый миокардит:
   а) Вирус Коксаки В3
   б) Вирус гепатита С
   в) Вирус Эпштейна-Барр
   г) Парвовирус В19
2. Ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков это:
   а) Гидростатический
   б) Гипопротеинемический
   в) Лимфогенный
   г) Мембраногенный.

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ПК-2.4

3. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация симпатоадреналовой системы при хронической сердечной недостаточности:
   а) Смешанные
   б) Кардиальные
   в) Эстракардиальные
   г) Интракардиальные

4. Выберите вирус, для которого доказано наличие канцерогенной активности:
   а) Вирус гепатита В
   б) Вирус кори
   в) Вирус гепатита А
   г) Вирус полиомиелита

Проверяемые компетенции: ОПК-4.1, ПК-2.4

5. За счет каких внутриклеточных структур в основном происходит увеличение объема кардиомиоцитов при гипертрофии:
   а) Митохондрии и саркомеры
   б) Рибосомы
   в) Саркоплазматический ретикулум
   г) Ядро

6. Для доброкачественных опухолей характерно следующее:

а) Высокая степень дифференцировки
б) Инвазивный рост
в) Системное действие на организм
г) Метастазирование

7. Для злокачественных опухолей характерно следующее:
   а) Метастазирование
   б) Медленный рост
   в) Высокая степень дифференцировки
   г) Хорошее отграничение от окружающих тканей

8. Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:
   а) Эстрадиол
   б) Билирубин
   в) Инсулин
   г) Фосфолипиды

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-4.1

9. Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:
   а) Индукция апоптоза
   б) Фагоцитоз
   в) Активация комплемента
   г) Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы

10. Какое из перечисленных проявлений относится к общему действию опухоли на организм:
    а) Анемия
    б) Болевой синдром
    в) Дыхательная недостаточность
    г) Кишечная непроходимость

Дополните определение

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

11. Присубэпикардиальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:

Ответ: Эпикарде

12. 1 Дополните определение. При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
13. Дополните определение. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим:
14. Дополните определение. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке:
15. Дополните определение. Развитие гипонатриемии при паранеопластическом синдроме связано с продукцией гормона:

Выберите один правильный ответ

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-10.1

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. Функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций создается:

а) общественными организациями;

б) федеральными органами исполнительной власти в министерствах, агентствах и службах Российской Федерации;

в) международными организациями;

г) главными руководителями лечебных учреждений.

3. Когда осуществляется постэкспедиционный медицинский 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) плановые осмотры в течение текущего года;

г) не осматриваются.

4. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций во Всероссийской службе медицины катастроф 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.

5. К формированиям службы медицины катастроф, 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.

6. Основное мобильное лечебно-диагностическое формирование Федерального центра медицины катастроф федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – это:

а) отдельная медицинская бригада;

б) мобильный многопрофильный госпиталь;

в) полевой многопрофильный госпиталь;

г) отдельный медицинский батальон.

7. Начальником службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации 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.

8. Укажите основной показатель, необходимый для расчета количества медицинских бригад в чрезвычайных ситуациях:
   а) количество обслуживаемого населения поликлиникой;
   б) количество детей;
   в) количество пораженных;
   г) количество медперсонала поликлиники;
   д) количество санитарного автотранспорта.

9. Органом повседневного управления службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации являются:
   а) областной отдел здравоохранения;
   б) управление здравоохранения области, края;
   в) управление социальной защиты области, края;
   г) территориальный центр медицины катастроф;
   д) штаб ГО ЧС территории субъекта РФ.

10. Гражданская оборона – это:
   а) формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий гражданской обороны;
   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, осуществление лабораторного контроля, материального и технического обеспечения невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.

11. Ведение гражданской обороны 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 гражданской обороны министром по делам ГО и ЧС;
   в) с момента введения гражданской обороны решением федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ;
   г) введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях.

12. 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.

13. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:
а) желудочно-кишечный тракт;
б) дыхательные пути;
в) кожные покровы;
г) все вышеперечисленные пути поступления ядов.

14. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:
а) нестойкий, быстродействующий;
б) стойкий, быстродействующий;
в) нестойкий, медленно действующий;
г) стойкий, медленно действующий.

15. 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.

16. Глубина зоны заражения аварийными химически опасными веществами 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.

17. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения аварийными химически опасными веществами:
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.

18. Укажите лишнее в классификации аварий на ядерной энергетической установки:
а) глобальная авария;
б) тяжелая авария;
в) авария с риском для окружающей среды;
г) авария в пределах ядерной энергетической установки;
д) серьезное происшествие;

е) происшествие средней тяжести;
ж) несерьезное происшествие;
з) незначительное происшествие;
и) происшествия, не имеющие значения для безопасности.

19. Какую фазу при радиационных авариях не выделяют:
а) ранняя фаза;
б) промежуточная фаза;
в) средняя фаза;
г) поздняя (восстановительная) фаза.

20. 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.

21. Наиболее вероятная патология при аварии на ядерной энергетической установки:
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 радиоактивными веществами.

22. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании острой лучевой болезнью:
а) гемоглобин;
б) число лейкоцитов;
в) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
г) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;
д) тромбоцитопения.

23. Основными способами защиты населения от поражающих факторов чрезвычайной ситуации техногенного характера 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.

24. 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).

25. 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.

26. 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).

27. 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.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

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.

Дополните определение.

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-10.1

32. Мероприятия, выполняемые с помощью подручных средств, относятся к _____ помощи.
33. Предметы разового пользования (лекарственные препараты, перевязочные средства и др.), а также предметы, приходящие в негодность при кратковременном применении (перчатки, иглы и пр.). относятся к _____ имуществу.
34. Для измерения поглощённой дозы используется _____ при радиационных поражениях
35. Индивидуальный противохимический пакет используется для проведения частичной _____:
36. К простейшим средствам защиты органов дыхания относят _____:

37. Индивидуальный контроль облучения в очаге радиационного поражения осуществляется с помощью следующего типа дозиметров:
38. Н.И. Пирогов выдвинул свои организационные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий в период _____ войны.
39. Метод работы сортировочной бригады называется _____:
40. Медицинская сортировка осуществляется в _____ отделении.
41. Диагностический алгоритм первичного осмотра, пораженного в зоне чрезвычайной ситуации, называется методикой _____.

Проверяемые компетенции: УК-3.1., ОПК-4.2.

1. Достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является_____
2. Прямым признаком опухоли головного мозга при МРТ является: _____
3. Для злокачественных новообразований костей характерно_____
4. Корень легкого при центральном раке легкого_____
5. Скрининговым методом исследования молочных желез после 40 лет является_____

Проверяемые компетенции: ОПК-4.2., ПК-2.4.

1. При раннем раке желудка
   а) симптомы представлены признаками того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
   б) специфические симптомы отсутствуют
   в) имеются специфические симптомы заболевания
   г) «синдром малых признаков» является ранним клиническим проявлением рака желудка

2. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
   а) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
   б) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
   в) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
   г) снижение кислотности желудочного сока

3. Метастаз Крукенберга следует расценивать как:
   а) лимфогенный
   б) гематогенный
   в) имплантационный
   г) ортоградный лимфогенный

4. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражается
   а) печень
   б) легкое
   в) кость
   г) надпочечник

5. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
   а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
   б) поперечно-ободочной кишки
   в) нисходящего отдела
   г) сигмовидной кишки

6. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли в _____ кишке:
   а) правых отделах ободочной
   б) поперечно-ободочной
   в) нисходящей
   г) Г.
7. форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли в _____ кишке:
   а) нисходящей кишке; в сигмовидной
   б) правых отделах ободочной
   в) поперечно-ободочной
   г) нисходящей

8. К группам повышенного риска развития рака толстой кишки следует относить лиц, страдающих
   а) неспецифическим язвенным колитом; грануломатозным колитом (болезнь Крона);
   б) полипами кишечника; семейным диффузным полипозом
   в) семейным диффузным полипозом
   г) неспецифическим язвенным колитом
   д) полипами кишечника

9. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает при _____ печени:
   а) первичном раке

б) метастатическом очаговом поражении
в) доброкачественных опухолях
г) диффузном поражении

10. Простая киста почки при ультразвуковом исследовании визуализируется в виде _____ структуры:
    а) округлого анэхогенного образования однородной
    б) узлового образования однородной
    в) округлого гиперэхогенного образования неоднородной
    г) солидного образования гетерогенной
11. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является:

    а) табакокурение
    б) потребление пищи с большим количеством животных жиров
    в) применение антигипертензивных препаратов
    г) радиационная терапия
12. Наиболее информативным методом диагностики снижения функции почек при почечно-клеточном раке является:
    а) нефросцинтиграфия
    б) ультразвуковое исследование
    в) компьютерная томография
    г) магнитно-резонансная томография

13. К уротелиальным опухолям почечной лоханки и мочеточника относят
    а) злокачественные опухоли
    б) врожденные аномалии развития
    в) псевдоопухоли
    г) доброкачественные образования

14. К клиническим симптомам переходно-клеточного рака относится:
    а) макрогематурия и боль в боку
    б) микрогематурия
    в) гематоспермия
    г) лейкоцитоурия

15. К инструментальному исследованию, играющему значительную роль в диагностике опухолей лоханки и мочеточника, относится:
    а) компьютерная томография с урографией
    б) ультразвуковое исследование
    в) обзорная рентгенография
    г) урофлоуметрия

16. При радикальной нефроретероэктомии следует выполнить:
    а) резекцию стенки мочевого пузыря
    б) удаление мочеточника до устья
    в) максимально низко перевязывать мочеточник
    г) ТУР опухоли мочевого пузыря

17. На какие 2 группы подразделяется рак мочевого пузыря
    а) мышечно-неинвазивный и мышечно-инвазивный
    б) острый и хронический
    в) метастатический и локально нераспространенный

г) локальный или распространенный

18. Основным клиническим признаком при раке мочевого пузыря является:
а) примесь крови в моче
б) примесь крови в моче
в) учащенное, малыми порциями мочеиспускание
г) боль в боку

19. «Золотой» стандарт диагностики рака мочевого пузыря:
а) трансуретральная резекция мочевого пузыря с биопсией
б) цитологическое исследование мочи
в) двухстаканная проба
г) посев мочи

20. Основным способом скрининга рака простаты является:
а) определение уровня ПСА в крови
б) трансабдомиальное ультразвуковое исследование
в) трансректальное ультразвуковое исследование
г) магнитно-резонансная томография органов малого таза

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции
(УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больной 68 лет. Заболевание развивалось постепенно. Стал вялым, потерял интерес к семейным делам. Утратил такт и приличие: будучи в гостях, полез рукой в кастрюлю, пытаясь извлечь кусок мяса. У родных и знакомых таскал всё без разбору (мыло, крупу и т.д.). Не мылся и не брился, отличался непомерной прожорливостью, съедал еду, оставленную для внучки. Почти не разговаривал. На вопросы отвечал или повторением вопроса или “Убегу в Америку”.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала

“пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Имеется ли логоклония?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больная 72 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больной М., слесарь. Заболевание началось исподволь в 45 лет. Стал невнимательным, халатным и безучастным. Раздавал и растерял все нужные инструменты. Не справлялся со своими обязанностями. Был уволен. На увольнение и смерть брата проявлял равнодушие. Целыми днями лежал дома и смотрел в потолок. Иногда во время еды вдруг вставал и начинал ходить «взад-вперёд». Иногда часами напевал одну и ту же мелодию. Был абсолютно равнодушен к окружающему. Речь всё более оскудевала, постепенно превратилась в

стереотипно повторяющиеся отрывки одной и той же фразы.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Каковы лечебные рекомендации?

6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал амитриптилин доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

7. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

8. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Пациентка 25 лет педагог обратилась к психиатру. Начиная, с подросткового периода у неё бывают эпизоды состояния грусти, временами она чувствовала себя хорошо, но эти периоды редко длились более 2 недель. Говоря про свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

9. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Пациентка 25 лет обратилась к психиатру для решения вопроса обследования по поводу своего состояния. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.

Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, не может приспособиться к новому состоянию, стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

10. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Пациент 40 лет менеджер, обратился к терапевту с жалобой на частые эпизоды затрудненного дыхания и сердцебиения, сопровождающиеся обильным потоотделением и тошнотой. Эти симптомы не связаны с ситуацией и исчезают через несколько минут. Во время таких эпизодов пациент испытывает страх и опасается, что у него сердечный приступ. На осмотре выглядит осунувшимся, уставшим и беспокойным (ажитированным). На фоне возрастающих нагрузок на работе сон стал прерывистым, снизилась способность концентрировать внимание. Пациент жалуется на сниженное настроение и тревогу по поводу приступов, суицидальных идей нет, но иногда приходят мысли о том, что его семье будет легче без него.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

11. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиаполётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

12. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больная Л., 29 лет, служащая, после развода с мужем, испытывала сниженное настроение, тоску, подавленность. Для облегчения состояния начала регулярный приём спиртных напитков. Примерно, через три месяца в состоянии алкогольной абстиненции, внезапно развился приступ, который сопровождался страхом, ощущением дурноты и слабости, онемением ног. Окружающее показалось чуждым и непривычным. Было желание бежать. Данные симптомы достигли своего пика за 10 минут и постепенно угасли в пределах часа. После данного эпизода перестала употреблять спиртное, решила заняться спортом. На фоне гипервентиляции развился аналогичный приступ с выраженным страхом. В течение месяца таких атак отмечалось до 4. Вне приступов испытывает страх возникновения новых приступов, критична, детально описывает свои состояния, активно ищет помощи.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

13. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больная 37 лет. Больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.

Вопросы:

1.Назовите описанный синдром и симптомы.

2.Для какого расстройства этот синдром характерен?

3.Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Рекомендуемое лечение.

14. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

15. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

У больного ежедневно употребляющего психоактивное вещество, через несколько месяцев применения, при отмене в числе прочего появились насморк, слезо- и слюнотечение, чихание.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Какими синдромами определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

16. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

После первой консультации у врача-психотерапевта, пациентка согласилась на краткосрочную психотерапию. На первой консультации врачу-психотерапевту удалось сфокусировать локальный конфликт пациентки, связанный с расставание с мужчиной 6 месяцев назад, и сформировать мотивацию к психотерапии. Жалобы на тревогу и

беспокойство в течение всего дня, не связанные с внешними актуальными обстоятельствами, мышечное напряжение мышц спины и плечевого пояса, покалывание и ощущение мурашек в конечностях, ощущение внутренней дрожи, неприятные ощущения в желудке, урчание в животе, учащенное и усиленное сердцебиение, повышенную потливость, прерывистый сон, с затрудненным засыпанием из-за тревожных мыслей, частыми пробуждениями, без чувства отдыха утром, трудность сосредоточения. Пациентке 32 года. Описанные жалобы развились постепенно, около 8 месяцев назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает тревогу и беспокойство неопределенного характера, беспокоится по мелочам, по поводам, на которые ранее не обратила бы внимания и которые не носят значимого характера. Отмечает напряжение мышц шеи, спины и плечевого пояса, вегетативную гиперактивность в виде потливости, сердцебиения, эпигастрального дискомфорта, дурноты, внутренней дрожи, ознобы. В течение этого периода имеется затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный, чуткий сон, без чувства отдыха утром.

На работе отмечает рассеянность внимания, трудности в сосредоточении.

Пациентка контактна, в ходе беседы желает понравиться, старается внимательно слушать интервенции психотерапевта. Проявляет тревогу при конфронтации психотерапевта, но приняла пробную интерпретацию психотерапевта. Хорошо выражает свои мысли в терминах чувств.

Вопросы:

1. На чём основана концепция психопатологии в динамической терапии?
2. Какая функция «Я» предупреждает об опасности?
3. Что у данной пациентки является основной чертой?
4. Какую можно рекомендовать психотерапию пациентке? Какие критерии отбора?

17. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Ситуация

Мужчина 19 лет, первичное обращение.Жалобы на отсутствие интереса к занятиям, трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям и сессии, конфликт с родителями из-за снижения успеваемости и лени, тревожность. Из анамнеза известно, что с начала учебного года не чувствует интереса к учебе, испытывает трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям, тревогу, когда думает о ВУЗе. С утра нет желания ехать на занятия, «пинаю себя». Вечером не может сконцентрироваться на подготовке, стал рассеян, невнимателен. Боится, что не сдаст сессию и будет отчислен из ВУЗа. Начались конфликты с родителями из-за снижения успеваемости, отсутствия мотивации к учебе, лени. Родители считают, что надо больше заниматься и «выкинуть дурь из головы». Обратился на консультацию к психотерапевту для решения проблем с учебой. Анамнез жизни: наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Родился в срок, раннее развитие без особенностей. В школу пошёл с 7 лет, учился хорошо, с подросткового возраста не складывались отношения с одноклассниками, была пара старых друзей, время в основном проводил дома, много читал, увлекался компьютерными играми. Школу окончил с медалью. Поступил в МГУ на исторический факультет, студент 2-го курса. Живет с родителями, родители-педагоги, всегда уделяли много внимания учебе, оценкам, мотивировали на поступление в МГУ, аспирантуру, научную деятельность. Отношения в

семье ближе к формальным. Психический статус: во всех видах ориентирован верно. В беседу вступает не охотно. Напряжен, говорит кратко без подробностей, избегает длительного зрительного контакта, полностью характер своих переживаний не раскрывает, сообщает только о проблемах с учебой, страхе не сдать сессию и быть отчисленным из ВУЗа. Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Мышление последовательное, логическое. Отмечает снижение концентрации внимания, рассеянность, погруженность в собственные мысли. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Вопросы:

1. Какой метод психотерапии был предложен? В чём суть метода?
2. Основные понятия клиент-центрированного метода?
3. Какие методы Роджеровской психотехники применялись у данного пациента
4. Постепенно пациент стал свободнее выражать свои чувства.

П: «Я много думал со времени нашей последней встречи. Когда я приходил к вам в прошлый раз, мы обсуждали мою учебу и отсутствие интереса к занятиям. Родители говорят, что мне надо больше заниматься и выкинуть дурь из головы. Скоро экзамены, а у меня все валится из рук, ни на чем не могу сосредоточиться».

Т: «Вы бы хотели, но что-то мешает».

Какой прием использовал психотерапевт и в чём его суть?

18. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Женщина 35 лет амбулаторно обратилась к врачу-психотерапевту. Жалобы на периодические приступы тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, потливостью, внутренней дрожью, страхом смерти, страх находиться в больших торговых центрах. Впервые подобный приступ возник 6 месяцев назад, в торговом центре, без видимых причин. Длился около 20 минут, сопровождался повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст., учащением пульса до 135 уд в мин., которые по окончанию приступа пришли в норму. Приступы в дальнейшем стали возникать спонтанно, не предсказуемо, не сопровождались аурой. Вне приступов АД и ЧСС в пределах нормы. До этого подобных приступов не возникало. Хронические заболевания отрицает. К врачам не обращалась. В дальнейшем приступы повторялись 1-2 раза в неделю, за последние 4 недели 6 приступов. Приступы заканчивались самостоятельно.

Несколько приступов также развились в людных местах, торговых центрах, после чего появился страх посещения больших торговых центров и магазинов. Сформировалось ограничительное поведение – перестала посещать магазины. Сформировалась устойчивая тревога, страх повторения приступа, танатофобия. Психический статус: сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидальных) тенденций. Тревожна. Напряжена, фиксирована на симптоматике, высказывает страхи, в том числе страх смерти во время приступа. Критика полностью сохранна. Вегетативно лабильна. Настроение неустойчивое, ситуационно обусловленное, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сохраняется ограничительное поведение: большие торговые центры и места с большим скоплением людей не посещает, опасается, что во время приступа ей не смогут своевременно оказать помощь. Сон не нарушен, аппетит не снижен.

Вопросы:

1. Какой основной диагноз?
2. Какое немедикаментозное лечение показано в данном случае?
3. Какие психотерапевтические методы эффективны в данном случае?

19. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Женщина 27 лет, первичное обращение. Жалобы на подавленность, тревожность, страх негативного оценивания, сложности в общении, в принятии решений, склонность к «самокопанию», избегание ответственности, склонность к перееданию. Сообщает, что хотела обратиться за психологической помощью еще 10 лет назад, но боялась, что «отругают». До 20 лет жила под жестким контролем и гиперопекой со стороны матери, не научилась ставить себе цели, принимать самостоятельно решения, сложно что-то говорить, делать, сама не может объяснить себе, что она чувствует, что хочет, какую эмоцию испытывает, «я запуталась». Когда начала работать, появилась склонность к перееданию, с трудом справлялась с интенсивной нагрузкой, с общением в рабочем коллективе. Постепенно набрала вес с 80 кг до 103 кг. На работе чувствовала постоянное напряжение, усталость, выгорание. Зимой 2022г. появилось безразличие к работе и социальным контактам, усилилась тревожность и самобичевание, склонность к заеданию, повысился аппетит, испытывала сонливость, не было сил и желания работать. С помощью подруги сменила место работы на более комфортное, с меньшей нагрузкой, самочувствие улучшилось, снизилась тревожность, постепенно привыкла к новому месту работы, справляется с поставленными задачами, работа перестала вызывать напряжение, усталость, нормализовался сон. По рекомендации друзей решилась обратиться на консультацию к психотерапевту. Клиентка говорила о потребности быть принятой, страхе перед приемом психотерапевта, представлением, что будут «отчитывать, учить», страхе не справиться. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Родители в разводе с раннего детства пациентки, однако отец всегда присутствовал в жизни дочери, значимая фигура, сохраняются теплые отношения с отцом и родней по линии отца. Жила с мамой, которая всегда опекала и жестко контролировала. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, училась на «отлично». По- характеру всегда была открытой, общительной, бесхитростной. Образование высшее, по специальности – графический дизайнер. Работает в издательстве. Живет с молодым человеком, детей нет.

Психический статус: во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно, о себе, страхах говорит откровенно, по-существу. Открыта, приветлива. В начале беседы несколько напряжена и напугана, постепенно расслабилась, стала эмоционально реагировать, жестикулировать. Голос дрожит, на глазах наворачиваются слезы. Настроение лабильное, мимика соответствует переживаниям, выражение лица печальное. Мышление последовательное, логическое, грамотная речь. Однако сначала затруднялась сформулировать свои жалобы, говорит, что не понимает, что «нравится лично ей», «как уговорить себя что-то делать», «подружить голову с телом», игнорирует свои телесные ощущения и образ. Сообщает, что привыкла подстраиваться под родителей, молодого человека, друзей и коллег, они «лучше знают», «боюсь конфликтов». Критика полная. Расстройств восприятия,

суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Вопросы:

1. Кем был разработан клиент-центрированный подход?
2. Какие основные условия психотерапевтического процесса были предложены основателем клиент-центрированного подхода?
3. С каким стремлением связаны желания пациентки понять, что «нравится лично ей», «подружить голову с телом»?
4. Как определяется система представлений индивида?

20. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Девочка А., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

Вопросы:

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

21. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Пациентка Р., 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.

Вопросы:

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

22. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

В клинику скорой помощи поступил К., 42 лет, доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией, с острыми болями в эпигастральной области. Врачам быстро удалось купировать приступ. К. рассказал, что боли стали его беспокоить 2 месяца назад, но он не придавал им особого значения, поэтому не обращался к врачу, справлялся доступными способами сам. Однако стал читать специальную медицинскую литературу, пытался понять, что происходит. После медицинского обследования К. поставили диагноз – язва желудка. Врач сказал, что необходимо оперативное вмешательство. Эту информацию К. воспринял спокойно, без каких-либо эмоциональных проявлений. Через 2 дня он стал аргументировано объяснять врачу, что сейчас не может себе позволить ложиться на операцию, лучше ее

перенести, а в это время попробовать просто полечиться (об этом он читал в литературе).

Вопросы:

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

23. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Больные обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

Вопросы:

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь.
2. К какому типу психосоматических расстройств по М. Блейеру оно относится?
3. Дайте характеристику внутриличностного конфликта при этом заболевании.

24. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Ф. Александер, у них выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы болезни развиваются при фрустрации этой потребности. Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта между желанием завоевывать доверие и страхом перед этим.

Вопросы:

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь?
2. Какие особенности личности могут способствовать возникновению заболевания?

25. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Врач просит лечащего врача сообщить ему сведения о прогнозе серьезного заболевания одного пожилого больного, живущего по соседству с ним и в настоящее время попавшего в больницу. При дальнейшем разговоре оказалось, что врач, просивший информацию, лично не знает этого больного, не лечит его, но его соседи настаивают, чтобы он узнал о состоянии больного, так как у них имеются определенные планы и притязания на его квартиру.

Вопросы:

1. Может ли лечащий врач сообщить коллеге интересующую его информацию?
2. Какой принцип нарушается?
3. Дайте определение этого принципа.

26. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Человек, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Вопросы:

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. К какому направлению психотерапии он относится?

27. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Согласно концепции, лежащей в основе этого метода психотерапии, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

Вопросы:

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие этапы он в себя включает?

28. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

В основе этого метода психотерапии лежит предположение о том, что человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. Большая часть «программы» не осознается и не предъявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы»

подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

Вопросы:

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие техники здесь используются?

29. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Женщина 21 года пришла на прием к врачу-психотерапевту. Жалобы на снижение энергии, повышенную утомляемость, снижение интересов и удовольствия от деятельности, уменьшение уверенности в себе, ухудшение работоспособности. С подросткового возраста отмечалась некоторая нестабильность эмоционального состояния. Бывали периоды, когда чувствовала себя эмоционально подавленной, снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Вместе с тем присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышалась уверенность в себе, в такие периоды могла быть настойчивой, эмоционально отстаивала свои интересы. Не придавала значения этим колебаниям настроения, так как они не оказывали сильного влияния на жизнь, самостоятельно проходили.

В середине текущего года ездила на 4 месяца в зарубежную поездку (с июня по сентябрь) по специальной программе, с рабочей целью, а также «посмотреть страну». Там, в течение всего времени, чувствовала себя на эмоциональном подъеме, находилась в эйфории, ощущала прилив энергии, сил. Была очень активной, много работала, хватало время и на отдых. Строила многочисленные оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, могла спать по 3 часа в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. В сентябре вернулась обратно в Россию. Возобновилась учеба в университете. Вырос уровень стресса в связи с повышенными учебными нагрузками. Приходилось мало спать, готовиться к пересдаче зачетов и одновременно к текущим занятиям и контрольным. В связи с этим возникло чувство загнанности, усилилась раздражительность. С октября психическое состояние начало меняться. Стали снижаться настроение, уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, чувство оптимизма сменилось пессимизмом, безрадостностью. К декабрю состояние стало существенным, сильно ухудшилась работоспособность. Не успевала со всем справляться, вырос уровень стресса. Решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту. Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила гуманитарные науки. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавала значение. После окончания школы поступила в институт иностранных языков. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось, до октября текущего года училась хорошо, преподаватели отмечали ее успехи. В настоящий момент учится на 4 курсе. Проживает совместно с родителями. Обычно алкоголь употребляет редко, однако летом был период, когда часто ходила в ночные клубы, где могла выпить 2-3 алкогольных коктейля. Употребление

наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было. Психический статус: сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 2 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. Не находит этому особой причины. В настоящее время отмечает безразличие, равнодушие к окружающему и происходящему вокруг, снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость, особо расстраивающее чувство тяжести в руках и ногах. Пытается соблюдать распорядок дня, но это не помогает. Снижена уверенность в себе, считает себя неспособной к учебе и нормальной жизни. Снижены желание общаться с кем-либо и работоспособность. В связи с этим испытывает затруднения в учебе. Накопившиеся проблемы «еще больше подавляют». Имеет представление что надо делать, но «силы и мотивация отсутствуют». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 9 часов. Испытывает дневную сонливость.

Вопросы:

1. Какой клинический диагноз у данной пациентки?
2. Принцип психотерапевтического лечения при данном расстройстве?
3. Какой метод психотерапевтического воздействия предпочтителен? На что будет направлено основная работа?
4. Основная задача психообразования в данном случае?
5. Какая основная профилактическая цель психотерапевтического вмешательства для данной пациентки?

30. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Основная часть

Женщина 29 лет, ранее обращалась к психиатру, психологу. Жалобы на пониженный фон настроения, нервозность, тревожность, скрежет зубами, отсутствие сил и желания что-либо делать, утрату прежних интересов, сонливость, снижение концентрации внимания и памяти, склонность к заеданию, ощущение дистанцированности от собственной жизни. Известно, что около 10 лет находилась в абьюзивных личных отношениях, отношения были яркие, эмоциональные, однако молодой человек сразу заявил, что не планирует брак с пациенткой, при этом был требователен к ее внешнему виду и поведению, часто унижал, сравнивал с другими девушками, ухаживал за ними в присутствии пациентки, восхищался, регулярно изменял пациентке, прекращал отношения, потом вновь возобновлял их, когда ему это было удобно. Пациентка ждала, когда её вновь позовут, каждый раз надеялась, что в этот раз «все будет по-другому», оценят её любовь и преданность. 2 г назад отношения закончились, что совпало с проблемами на работе, на этом фоне нарушился сон, была тревожна, плаксива, подавлена, ажитирована, не могла водить машину, резко ухудшилась кратковременная память и концентрация внимания. Обратилась к психиатру, была назначена Элицея и курс ноотропов, с положительным эффектом. Через год повторно обратилась к психиатру с запросом на прекращение терапии. Сообщает, что «проработала проблему с психологом»,

однако до настоящего времени испытывает болезненную привязанность, надежду, боль. Около 2-х лет жила с другим молодым человеком, отношения хорошие, но «эмоционально не вовлекалась, просто подстраивалась, было удобно», продолжала предаваться воспоминаниям, обвинять себя. Мало внимания уделяла внешности, повысился аппетит, тяга к сладостям, поправилась на 10 кг. Прекратила занятия музыкой, хотя увлекалась вокалом и мечтала участвовать в проекте «Голос». Редко неформально общалась с коллегами и друзьями, «сливалась». Постоянно переживала из-за работы, нуждалась в поддержке и помощи, особенно после повышения в должности. Появился ночной скрежет зубами, по рекомендации стоматолога применяла капу. Три месяца назад прекратила отношения по собственной инициативе, что вызвало усиление тревожности, страх будущего, одиночества, плаксивость и подавленность, вновь обратилась на консультацию. Принимает эсциталопрам 10 мг в сутки (торговая марка – Элицея). Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Родилась в срок. Роды естественные. Единственный ребенок в семье. Раннее развитие в соответствии с нормой. Семья родителей полная; отношения пациентки с родителями теплые. С детства страдала заболеванием почек, была опекаема матерью, которая строго следила за одеждой, питанием дочери, ограждала от домашних дел. Отец – музыкант, был погружен в творчество, чтобы заслужить внимание отца и проводить с ним больше времени, пациентка поступила в музыкальную школу, стала увлекаться футболом. Детский сад не посещала, в школу пошла в 7 лет, училась отлично. В 8 лет смена школы и переезд в Москву, в новом классе не смогла адаптироваться, была не уверенна в себе, старалась «быть незаметной», из активного ребенка превратилась в "серую мышку". В ВУЗе влюбилась, 10 лет находилась в абьюзивных личных отношениях. Образование высшее. Работает менеджер проектов на телевидении. На работе переживает постоянно и "из-за всего", испытывает страх ошибки, не справиться с задачей, получила повышение и свою команду, не считает себя компетентной для руководства коллегами. В настоящее время живет одна, самостоятельно, снимает квартиру. Психический статус: *Во всех видах ориентирована верно. Сотрудничество во время обследования полное. Внешний вид опрятный. В основном одевается в черные, свободные, мешковатые вещи. Поведение адекватное. В беседу вступает охотно, о себе и своих переживаниях говорит откровенно, признается, что продолжает наблюдать в соцсетях за жизнью бывшего молодого человека, который успешен в карьере, женился, его супруга ждет ребенка. Начала задумываться о том, что сама она ничего не добилась, потеряла 10 лет, одинока, тоскует, жалеет себя. Старается постоянно думать о работе, "чтобы не думать ни о чем другом", испытывает выраженную неуверенность в себе, считает себя неинтересной, глупой, бесполезной, некрасивой. Голос тихий, мягкий, хорошо модулирован. Мимика соответствует переживаниям, на глазах периодически наворачиваются слезы. Жалуется на увеличение аппетита и веса, склонность к заеданию, повышенную потребность в углеводах. Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Вопросы:

1. Какой метод психотерапии лучше всего предложить клиентке?
2. В чём суть выбранного метода? На чём делается акцент?
3. Основные ключевые понятия выбранного подхода?
4. На чём концентрируется выбранный метод психотерапии?

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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

«Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена»
по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре
по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по государственной итоговой аттестации «Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой.

I. Общие положения

1.1. Настоящие методические материалы регулируют проведение государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) по основным профессиональным образовательным программам высшего образования - программам ординатуры федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Центр Алмазова) и разработаны в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», «Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам подготовки ассистентуры-стажировки» (утв. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227, зарег. Министерством юстиции Российской Федерации от 11 апреля 2016 г., рег № 41754), Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 марта 2020 г. № 490 «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства образования и науки Российской Федерации, касающиеся проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования» (зарег. Министерством юстиции Российской Федерации от 3 апреля 2020 г., рег № 57973), Федеральным законом от 8 июня 2020 г. № 164-ФЗ «О внесении изменений в статьи 71 и 108 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации».

1.2. Методические материалы определяют процедуру организации и проведения Центром Алмазова государственной итоговой аттестации обучающихся по программам ординатуры, включая формы государственной итоговой аттестации, требования к использованию средств обучения, средств связи при проведении государственной итоговой аттестации, требования, предъявляемые к лицам, привлекаемым к проведению государственной итоговой аттестации, порядок подачи и рассмотрения апелляций, изменения и (или) аннулирования результатов государственной итоговой аттестации, а также особенности проведения государственной итоговой аттестации с использованием электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья.

1.3. К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной профессиональной образовательной программе высшего образования.

1.4. Государственная итоговая аттестация проводится государственными экзаменационными комиссиями (далее – ГЭК) в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (далее – ФГОС ВО).

1.5. Структура и содержание ГИА устанавливаются в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

1.6. Срок проведения ГИА устанавливается в соответствии с требованиями ФГОС ВО, учебным планом, утвержденным Ученым советом Центра Алмазова.

1.7. Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение ГИА.

1.8. Лицам, успешно прошедшим ГИА, присваивается квалификация, установленная ФГОС ВО, и выдается документ о высшем образовании и о квалификации.

1.9. Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы) вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в Центр Алмазова документ, подтверждающий причину его отсутствия.

1.10. Ординатор, не допущенный к ГИА, или не прошедший государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине, или получивший оценку «неудовлетворительно», отчисляется из

Центра Алмазова с выдачей справки об обучении как не выполнивший обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

1.11. Ординатор, не прошедший ГИА, может повторно ее пройти не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

1.12. Для повторного прохождения ГИА указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный Центром Алмазова.

II. Формы государственной итоговой аттестации для обучающихся по программам ординатуры

2.1. Государственная итоговая аттестация в Институте медицинского образования (далее – ИМО) Центра Алмазова по основным профессиональным образовательным программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена, включающего следующие этапы:

– тестирование;

– 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.

4.7. 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.

4.8. 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.

4.9. Обучающимся и лицам, привлекаемым к ГИА, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.10. Для подготовки ответа экзаменуемый использует экзаменационные листы с печатью ИМО, которые после приема экзамена хранятся в личном деле обучающегося.

4.11. Результаты экзамена по теоретической части (собеседования по билету) определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

4.12. 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.

4.13. 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.

4.14. 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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ**
(наименование дисциплины)

Специальность **31.08.22 Психотерапия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психотерапия**
(наименование направленности)

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
2024

Рабочая программа дисциплины «Русский язык и культура речи» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования- программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия, утвержденным Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 и учебным планом**.**

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Великанов Арсений Апетович	к.п.н., доцент	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Русский язык и культура речи рассмотрена и одобрена на заседании кафедры гуманитарных наук.

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 «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

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 31.08.22 Психотерапия.

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 (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - ценности различных культур, нормы нравственности, морали, принятые в российском обществе и медицинском сообществе.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - выполнять аудирование диалогической речи, языковое оформление разных жанров, комментированное чтение - вести дискуссии и полемику	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: сущность и социальную значимость будущей профессии и проявлять к ней устойчивый интерес	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение - использовать информацию, необходимую для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

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

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

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**48**	48
Из них:			
Занятия лекционного типа		**2**	2
Занятия семинарского типа		**46**	46
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**24**	24
Промежуточная аттестация – **зачет**		**-**	-
Общая трудоемкость дисциплины	**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	12	12
Тема 4. Говорение	-	6	4	10	10
Тема 5. Чтение	-	8	2	10	10
Тема 6. Письмо	-	8	4	12	12
Тема 7. Развитие речи	-	6	6	12	12
ИТОГО	**2**	**46**	**24**	**72**	**70**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия		Часы	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1							
Тема 1.	Тема 1. Вводная лекция. Русский язык как язык делового общения		2	Основы успешной коммуникации в условиях российской языковой и социокультурной среды.	УК-4.2, УК-5.1	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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
Тема 2.	Семинар-практикум	1. Аудирование	10	8	Аудирование текстов на материале тем: «Спорт. Здоровый образ жизни», «Петербург и петербуржцы», «Русский язык и современная русская культура», «Актуальные проблемы современного общества»	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 3.	Семинар-практикум	2.Лексика и грамматика	8	8	Медицинская лексика. Корректировка индивидуальных грамматических проблем	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 4.	Семинар-практикум	3. Говорение	6	6	Корректировочно-тренировочные упражнения по темам; «Спорт. Здоровый образ жизни», «Петербург и петербуржцы» «Русский язык и современная русская культура», «Актуальные проблемы современного общества»	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 5.	Семинар-практикум	4. Чтение	8	8	Комментированное чтение текста по выбору	УК-4.2, УК-5.1	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-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 7.	Семинар-практикум	6.Развитие речи	6	6	Разговорная практика по темам «Человек и общество», «Петербург и петербуржцы», «Здоровый образ жизни».	УК-4.2, УК-5.1	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 индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Подготовка к занятиям (работа с источниками информации)	10	10	Тезаурус. Устный опрос.	УК-4.2, УК-5.1	П
2.	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	4	4	Тестовые задания	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
3	Подготовка докладов	10	10	Презентация работ.	УК-4.2, УК-5.1	Д
Всего:		**24**	**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 или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	КВ, ТЗ
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной 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-4.2 и УК-3)

Задание 1. Попросите друга:
- вызвать врача;
- показать, где находится аптека;
- подождать вас на улице;
- сфотографировать вас;
- принести учебник русского языка;
- помочь вам сделать упражнение.

Задание 2. Ответьте на вопросы.
Образец: - Вы уже выучили слова? – Нет, ещё не выучил, но обязательно выучу.
А)
1. Вы уже повторяли новые слова? –
2. Вы сегодня готовили ужин? –
3. Вы уже переводили текст? –
4. Вы уже пригласили друзей к себе в гости? –
5. Вы уже отправили письмо родителям? –
6. Вы принесли журнал? –

Б)
1. Когда ты была в Москве? (прошлый месяц)
2. Когда начинаются экзамены? (следующая неделя)
3. Когда родилась ваша учительница? (15, март, 1960, год)
4. Когда начинается учебный год? (сентябрь)

В)
1. Когда вы обычно встаёте?
2. Когда вы ложитесь спать?
3. Что вы едите на завтрак?
4. Какое ваше любимое блюдо?
5. Что вы делаете в выходной день?
6. В каком городе вы сейчас живёте и учитесь?

Задание 3. Замените бесприставочный глагол движения приставочным, сохраняя смысл высказывания.
1. Мы собрались в Павловск, хочешь ехать с нами?

2. Лекция закончилась, и студенты идут из аудитории.
3. На международную конференцию едут ученые из разных стран.
4. Книжный магазин недалеко от нашего института, будем идти мимо, я тебе покажу.

Задание 4. Дайте отрицательный ответ.
1) У вас есть красный костюм?
2) У твоего друга есть загородный дом?
3) У твоей подруги есть две белые сумки?
4) Ты видел в витрине магазина свадебное платье?

Задание 5. Составьте предложения из слов.
1.Опоздал, на, часа, поезд, два.
2.Сдавать, через, группы, дней, экзамен, будут, пять, студенты, нашей.
3. В, на, с, до, перерыв, часов, этом, обед, двух, магазине, трёх.

9.2. Примеры тестовых заданий (жирным шрифтом – правильный ответ) (компетенции УК-2 и УК-3)

1. Домик Петра появился:
А) раньше Петропавловской крепости
Б) позже Петропавловской крепости
В) одновременно

2. В Домике есть:
А) 1 комната
Б) две комнаты
В) три комнаты

3. Сейчас в Домике Петра находится:
А) музей
Б) жилой дом
В) офис

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *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
Программы на платформе Moodle http://moodle.almazovcentre.ru/,
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.
Acrobat Reader DC

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:
Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
Полнотекстовая база данных «ClinicalKey» (www.clinicalkey.com)
Электронная библиотека медицинской литературы BookUp (www.books-up.ru)
Федеральная служба государственной статистики (www.gks.ru)
Научная электронная библиотека http://elibrary.ru/defaultx.asp
Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке (www.medmir.com)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:
Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
(http://www.google.ru;http://www.rambler.ru; http://www.yandex.ru/)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран
(http://www.multitran.ru/)
Университетская информационная система РОССИЯ
(https://uisrussia.msu.ru/)
Международные руководства по медицине
(https://www.guidelines.gov/)
Единое окно доступа к образовательным ресурсам
(http://window.edu.ru/)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)
(http://www.femb.ru/feml)
Всемирная организация здравоохранения (www.who.int/ru)
Боль и ее лечение
(www.painstudy.ru)
Российская медицинская ассоциация
(www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (https://minzdrav.gov.ru)
Российская государственная библиотека
(www.rsl.ru)
Национальная электронная библиотека (https://rusneb.ru/

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

Основная литература:

1. Русский язык 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 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Русский язык и культура речи» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

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

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

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

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

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

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

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Русский язык и культура речи» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-психотерапевт**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ»**

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

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Тема 1 Вводная лекция.	УК-4.2, УК-5.1	КВ
Тема 2. Аудирование	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 3. Лексика и грамматика	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 4. Говорение	УК-4.2, УК-5.1	КВ
Тема 5. Чтение	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 6. Письмо	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 7. Развитие речи	УК-4.2, УК-5.1	КВ

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

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

Универсальная компетенции – УК-3

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - ценности различных культур, нормы нравственности, морали, принятые в российском обществе и медицинском сообществе.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - выполнять аудирование диалогической речи, языковое оформление разных жанров, комментированное чтение - вести дискуссии и полемику	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: сущность и социальную значимость будущей профессии и проявлять к ней устойчивый интерес	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
	Умеет: ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение - использовать информацию, необходимую для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Не зачтено	70% и менее	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.
Зачтено	Более 70%	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в 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 или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-4.2, УК-5.1
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	УК-4.2, УК-5.1

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Перечень вопросов для собеседования, тестовых заданий, ситуационных задач для оценки сформированности компетенций по результатам освоения программы по дисциплине **«Русский язык и культура речи»**

1. Вопросы для собеседования

Раздел: Комментированное чтение

Тема 1. Комментированное чтение текстов «В магазине», «Что это?», «Альбом», «Точка зрения».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового 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
«05» марта 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Русский язык и культура речи»

ординатура по специальности **31.08.22 Психотерапия**
направленность **Психотерапия**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2024

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Русский язык и культура речи» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры гуманитарных наук.

СОДЕРЖАНИЕ

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.

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 31.08.22 Психотерапия
направленность Психотерапия

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.

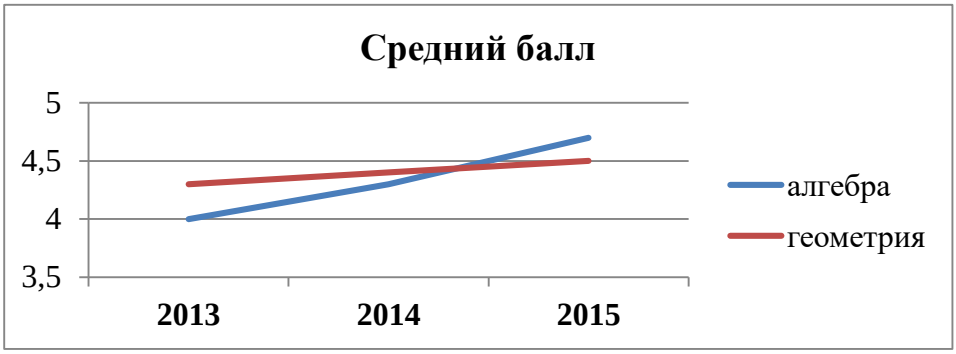


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

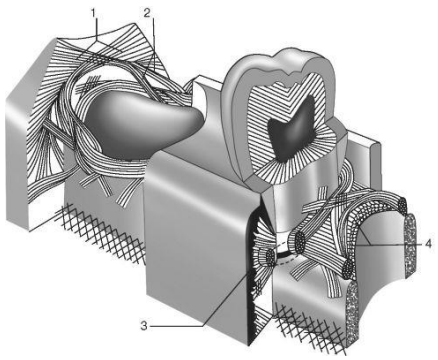


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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
«05» марта 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ**
(наименование дисциплины)

Уровень профессионального образования: Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации

Специальность **31.08.22 Психотерапия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психотерапия**

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
2024

Рабочая программа дисциплины «Основы военной подготовки» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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 дисциплины «Основы военной подготовки» рассмотрена и одобрена на заседании отделения общей военной подготовки.

Рабочая программа дисциплины «Основы военной подготовки» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2 /2024.

1. 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 военногодела;
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.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы военной подготовки» относится к факультативной части учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:

- «Медицина чрезвычайных ситуаций»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс	**УК-3.4** Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения	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	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

оказания медицинской помощи населению	природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов	общевойскового боя.	
		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.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	**ПК-3.4.** Формирует нетерпимое отношение к проявлению экстремизма, терроризма, коррупционному поведению и противостоять им в профессиональной деятельности	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 или индикаторов достижения 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-3.4	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-3.4	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-3.4	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-3.4	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-3.4	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-3.4	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-3.4	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-3.4	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 или индикаторов достижения 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-3.4	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-3.4	ПН
Тема 4	Практическое занятие	Выполнение упражнений учебных	3	50%	1. Требования безопасности при организации и проведении стрельб из стрелкового оружия.	ПК-3.4	ПН

		стрельб из стрелкового 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-3.4	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 или индикаторов достижения 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-3.4	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-3.4	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-3.4	Д
4.	Военно-политическая и правовая подготовка	4	50%	- Изучение основ положений военной доктрины РФ - Изучение правовой основы воинской обязанности и военной службы	УК-3.4	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, 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 индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-3.4. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов	КВ
ПК-3.4. Формирует нетерпимое отношение к проявлению экстремизма, терроризма, коррупционному поведению и противостоять им в профессиональной деятельности	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-3
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 31.08.22 Психотерапия.

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	**31.08.22 Психотерапия**
Направленность	**Психотерапия**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач-психотерапевт**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2024

1643

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-3	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-3	КВ
7. Правовая подготовка	УК-3	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-3 - 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 Для промежуточной аттестации: ПН
	Умеет: - выполнять мероприятия радиационной, химической и биологической защиты; - использовать средства индивидуальной защиты;	Для текущего контроля: КВ, ПН Для

	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.	промежуточной аттестации: ПН

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

2. 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.

3. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: **зачет.**

4. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Собеседование	КВ	УК-3
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.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Контрольные вопросы

Раздел № 5. Основы медицинского обеспечения (компетенции: УК-3)
Раздел 6. Военно-политическая подготовка (компетенции: УК-3)

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-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
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:	**6.** 100-мм орудие-пусковое устройство для стрельбы управляемыми и неуправляемыми боеприпасами **7.** 30-мм автоматическая пушка **8.** 7,62-мм пулемет ПКТ
		8. 30-мм автоматическая нарезная пушка 2А42 9. 7,62-мм пулемет ПКТ

		10. ПТРК «Конкурс»
		4. 14,5 мм крупнокалиберный пулемет КПВТ **5.** 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 Федерации**?**	
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 5

Матрица компетенций учебного плана ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия

| | Компетенции | | |

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
«05» марта 2024

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ВОСПИТАНИЯ ДЛЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.22 ПСИХОТЕРАПИЯ

Направленность (профиль): Психотерапия
Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

Санкт-Петербург
2024

1651

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.

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
«05» марта 2024 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