федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ факультативной**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ»**

ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

В ОРДИНАТУРЕ

**по специальности**

***31.08.37  Клиническая фармакология***

Является частью основной профессиональной образовательной программы

высшего образования- программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности *31.08.37 Клиническая фармакология*, утвержденной

ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**протокол № 11 от «22» июня 2018г.**

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является углубление, расширение, систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений ординаторов; формирование профессиональных врачебных умений и навыков по диагностике и дифференциальной диагностике основных синдромов и заболеваний внутренних органов у взрослых, по выбору индивидуальной лечебной тактики, по анализу применения конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний в терапевтической практике; развитие клинического мышления, познавательных способностей, активности и исследовательских умений ординатора; формирование умений использовать справочную документацию и специальную литературу для решения профессиональных задач.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной  работы | Форма  самостоятельной работы | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины3* | | | | |
| 1. |  | Курация больных в отделении | Проверка выполнения практических навыков | внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2. |  | Написание историй болезни курируемых больных | Проверка историй болезни | внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 3. |  | Написание  Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации | Контроль выполнения практических заданий - оформления Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации | внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| *Самостоятельная работа в рамках модуля* | | | | |
|  |  |  |  |  |
| *Самостоятельная работа в рамках практических занятий*  *дисциплины* | | | | |
| 1. | Применение нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов с учетом данных фармакокинетики, фармакодинамики, взаимодействия и побочных эффектов в зависимости от состояния функциональных систем больного и сопутствующих заболеваний. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;  2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Написание клинических историй болезни. Проведение анализа и оценки качества проводимого лечения у конкретного больного с заполнением *Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации*.. | Устный опрос,  тестирование,  представление реферата с презентацией; проверка практических навыков,  проверка историй болезни,  проверка выполнения практических заданий,  решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;  внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2. | Клиническая фармакология снотворных средств. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;  2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Написание клинических историй болезни. Проведение анализа и оценки качества проводимого лечения у конкретного больного с заполнением *Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации*.. | Устный опрос,  тестирование,  представление реферата с презентацией; проверка практических навыков,  проверка историй болезни,  проверка выполнения практических заданий,  решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;  внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 3. | Медикаментозное лечение наркоманий и токсикомании. Купирование абстинентного синдрома при наркоманиях и токсикоманиях. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;  2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Написание клинических историй болезни. Проведение анализа и оценки качества проводимого лечения у конкретного больного с заполнением *Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации*.. | Устный опрос,  тестирование,  представление реферата с презентацией; проверка практических навыков,  проверка историй болезни,  проверка выполнения практических заданий,  решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;  внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 4. | Клиническая фармакология противопаркинсонических средств. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;  2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Написание клинических историй болезни. Проведение анализа и оценки качества проводимого лечения у конкретного больного с заполнением *Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации*.. | Устный опрос,  тестирование,  представление реферата с презентацией; проверка практических навыков,  проверка историй болезни,  проверка выполнения практических заданий,  решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;  внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 5. | Аналептики. Механизм действия. Основные эффекты. Фармакокинетика. Показания. Противопоказания. Нежелательные побочные эффекты. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;  2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Написание клинических историй болезни. Проведение анализа и оценки качества проводимого лечения у конкретного больного с заполнением *Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации*. | Устный опрос,  тестирование,  представление реферата с презентацией; проверка практических навыков,  проверка историй болезни,  проверка выполнения практических заданий,  решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;  внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
|  | Противосудорожные средства. Механизм действия Классификация. Фармакокинетика. Показания. Особенности лечения эпилепсии. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;  2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Написание клинических историй болезни. Проведение анализа и оценки качества проводимого лечения у конкретного больного с заполнением *Карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации*. | Устный опрос,  тестирование,  представление реферата с презентацией; проверка практических навыков,  проверка историй болезни,  проверка выполнения практических заданий,  решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;  внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

- основные определения;

- не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходе лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать* *классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «Times New Roman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания по подготовке компьютерной презентации**

Компьютерная презентация: демонстрация в наглядной форме основных положений доклада, степени освоения содержания проблемы.

*Алгоритм подготовки компьютерной презентации*:

1) подготовка и согласование с научным руководителем текста доклада;

2) разработка структуры презентации;

3) создание презентации в Power Point;

4) репетиция доклада с использованием презентации.

*Требования к оформлению компьютерной презентации:*

- Презентация должна полностью соответствовать тексту вашего доклада. В первую очередь вам необходимо составить сам текст доклада, во вторую очередь – создать презентацию.

- Титульный слайд должен содержать тему доклада и фамилию, имя и отчество докладчика.

- Очередность слайдов должна четко соответствовать структуре вашего доклада. Не планируйте в процессе доклада возвращаться к предыдущим слайдам или перелистывать их вперед, это усложнит процесс и может сбить ход ваших рассуждений.

- Не пытайтесь отразить в презентации весь текст доклада! Слайды должны демонстрировать лишь основные положения вашего доклада.

- Слайды не должны быть перегружены графической и текстовой информацией, различными эффектами анимации.

- Текст на слайдах не должен быть слишком мелким (кегель 24-28).

- Предложения должны быть короткими, максимум – 7 слов. Каждая отдельная информация должна быть в отдельном предложении или на отдельном слайде.

- Тезисы доклада должны быть общепонятными.

- Не допускаются орфографические ошибки в тексте презентации!

- Иллюстрации (рисунки, графики, таблицы) должны иметь четкое, краткое и выразительное название.

- В дизайне презентации придерживайтесь принципа «чем меньше, тем лучше»

- Не следует использовать более 3 различных цветов на одном слайде.

- Остерегайтесь светлых цветов, они плохо видны издали.

- Сочетание цветов фона и текста должно быть таким, чтобы текст легко мог быть прочитан. Лучшее сочетание: белый фон, черный текст. В качестве основного шрифта рекомендуется использовать черный или темно-синий.

- Лучше использовать одну цветовую гамму во всей презентации, а не различные стили для каждого слайда.

- Используйте только один вид шрифта. Лучше использовать простой печатный шрифт вместо экзотических и витиеватых шрифтов.

- Финальным слайдом, как правило, благодарят за внимание, дают информацию для контактов.

*Требования к тексту презентации:*

- не пишите длинно;

- разбивайте текстовую информацию на слайды;

- используйте заголовки и подзаголовки;

- для повышения удобочитаемости используйте: форматирование, списки, подбор шрифтов.

*Требования к фону презентации:*

Рекомендуется использовать: синий на белом, черный на желтом, зеленый на белом, черный на белом, белый на синем, зеленый на красном, красный на желтом, красный на белом, оранжевый на черном, черный на красном, оранжевый на белом, красный на зеленом.

*Требования к иллюстрациям презентации:*

- Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация.

- Что можно изобразить, лучше не описывать словами.

- Изображать то, что трудно или невозможно описать словами.

- Используйте анимацию, как одно из эффективных средств привлечения внимания пользователя и управления им.

- Используйте видеоинформацию, позволяющую в динамике демонстрировать информацию в режиме реального времени, что недоступно при традиционном обучении.

- Помните, что видеоинформация требует больших затрат вычислительных ресурсов и значительных затрат на доставку и воспроизведение изображения.

**Методические указания по подготовке и оформлению клинической истории**

**болезни**

В настоящее время история болезни - это профессиональный дневник, школа выражения мысли, формулирования наблюдений и впечатлений, следования определенным правилам. История болезни как клинический документ является основой документации стационара. Качество составления многих других медицинских документов зависит от качества заполнения истории болезни. При необходимости она служит материалом для судебно-медицинского следствия, как самостоятельный юридический документ. Поэтому заполнение и ведение историй болезни требует большой эрудиции

Данный медицинский документ, который составляется на каждого больного, находящегося в стационаре медицинской организации, имеет лечебное, научно-практическое, юридическое и педагогическое значение:

* лечебное, так как по записям в истории болезни выполняются диагностические и лечебные мероприятия;
* научно-практическое, так как служит исходным материалом для изучения причин и особен­ностей течения заболевания, а следовательно, для разработки и проведения профилактических мероприятий;
* юридическое, так как дает возможность судить о полноте, правильности и своевременности диагностических и лечебных мероприятий и может служить источником доказательств при возможном разборе действий медицинского работника контролирующими или судебными органами, поэтому является основным определяющим документом в решении спорных пра­вовых вопросов, касающихся юридической ответственности врача;
* педагогическое, так как написание ее воспитывает у студента определенное клиническое мышление, учит правильно и методично исследовать больного, анализировать полученные сведения, ставить диагноз, уточнять его, составлять план лечения.

При составлении подобной медицинской документации ординатор работает в условиях самостоятельной работы, поэтому он должен зарегистрировать полученные данные, осмыслить их, правильно сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, что позволяет лучше ознакомиться с определенными нозологическими формами, составить наиболее рациональный план обследо­вания, лечения больного в конкретной клинической ситуации.

*Алгоритм подготовки истории болезни*

Подготовка к написанию и оформление истории болезни проходит в несколько этапов.

Первый этап написания - самостоятельный: ординатор собирает жалобы, анамнез, проводит объективное обследование больного, составляет план обследования, выделяет синдромы, выбирает среди них основной, устанавливает предварительный диагноз, а также составляет план лечения пациента. Следующий этап предполагает совместную работу ординатора и курирующего его преподавателя или заведующего отделением: докладывает все сведения о пациенте: жалобы, анамнез, симптомы, синдромы , предварительный диагноз, план обследования и его соответствие стандартам медицинской помощи, дифференциальный диагноз с учетом основного синдрома, обсуждает лечения в соответствии с современными стандартами медицинской помощи.

Следующий этап - оформление клинической истории болезни. Написание истории болезни требует от ординатора активного изучения литературы, касающейся данного заболевания. кратко, но вместе с тем максимально полно изложить данные анамнеза заболевания и предшествующего лечения больного.

*Требования к тексту истории болезни*

Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. При оформлении истории болезни должны быть соблюдены следующие требования:

* строгое следование принятой форме истории болезни;
* точность и логичность изложения;
* исчерпывающая полнота необходимых сведений;
* ясность изложения;
* все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

Соблюдение этих требований не пустая формальность, а проявление высокой сознательности и культуры ординатора, правильного понимания им служебного долга.

Проверка клинической истории болезни - заключительный этап освоения профессионального модуля. Поэтому можно рассматривать историю болезни как итоговый документ, который характеризует уровень практических умений и навыков ординатора.

*Требования к уровню знаний, умений и навыков ординатора, предъявляемые при проверке истории болезни и практических навыков.*

Ординатор должен знать:

* основные клинические классификации, используемые для постановки диагноза у данного больного;
* определение понятий: «Клинический диагноз», «Основной диагноз», «Осложнения», «Со­путствующие заболевания»;
* принцип формирования клинического диагноза; клинические проявления заболеваний внутренних органов;
* современные стандарты обследования и лечения основного заболевания.

Ординатор должен уметь:

* проводить полное физикальное обследование больного;
* объяснить механизмы выявленных симптомов и синдромов;
* уметь составить план обследования с учетом основного диагноза и сопутствующей патологии у данного больного;
* интерпретировать полученные данные лабораторного и инструментального обследования, оценить результаты консультаций врачами-специалистами,
* обосновать клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз
* Назначить лечение и дать оценку проводимой терапии, объяснить механизмы действия используемых лекарственных средств и их возможные побочные эффекты;
* определить прогноз и дальнейшие рекомендации больному при выписке из стационара;
* правильно оформить историю болезни в соответствии с требованиями.

Проверка историй болезни проводится в соответствии с расписанием КСР

**Методические рекомендации по выполнению практического задания - интерпретации результатов инструментальных и/или лабораторных исследований у курируемых больных.**

Оценка результатов инструментальных и лабораторных исследований у больного является одной из составляющих практической деятельности ординатора в процессе диагностики, дифференциальной диагностики, выборе адекватной терапии и оценки ее эффективности. Представляет собой совокупность развернутых письменных ответов.

*Алгоритм подготовки к выполнению практического задания:*

-изучение конспектов лекций, раскрывающих материал.

-повторение учебного материала, полученного при подготовке к практическим занятиям и во время их проведения;

-изучение дополнительной литературы, в которой конкретизируется содержание проверяемых знаний;

-составление в письменной форме ответов на поставленные в каждом конкретном исследовании вопросы;

*Алгоритмы выполнения отдельных практических заданий:*

АЛГОРИТМ диагностического поиска, постановки диагноза, проведения дифференциального диагноза, выбора тактики лечения курируемого пациента**.**

1. Заподозрить на основании жалоб больного, анамнеза болезни и жизни основное заболевание у больного.
2. Провести физикальное обследование пациента.
3. Составить программу лабораторно- инструментального обследования пациента для уточнения основного заболевания, определения особенностей его течения, стадии процесса, степени тяжести, наличия осложнений. Интерпретировать полученныерезультаты.
4. Сформулировать клинический диагноз, обосновать его и детализировать согласно современной классификации.
5. Провести дифференциальную диагностику болезни с заболеваниями со схожими основными синдромами.
6. Определить тактику лечения конкретного курируемого пациента. Выбрать наиболее подходящую терапию, с учетом фармакокинетики и фармакодинамики избранных препаратов, особенности патологических процессов и индивидуального состояния пациента. Определить возможные побочные действия избранных препаратов, методы контроля, профилактики и коррекции.

Оформить медицинскую документацию: клиническую историю болезни, листы назначений, экстренные извещения и т.д.

***АЛГОРИТМ интерпретации ЭКГ: провести регистрацию ЭКГ,оценитьрезультаты:***

* Уточнить: возраст, пол пациента, клинический диагноз,
* определить положение ЭОС,

провести анализ продолжительности внутрицикловых интервалов ЭКГ -зубцов, сегментов, интервалов (анализ предсердного зубца Р, анализ желудочкового комплекса QRS-T, анализ комплекса QRS, анализ сегмента RS-T, анализ зубца T, анализ интервала Q-T), сопоставить их с нормативами продолжительности элементов ЭКГ,

* провести амплитудный анализ ЭКГ, определить амплитуды зубцов,
* оценить состояние изоэлекторической линии, определить смещения сегментов на ЭКГ,
* выявить ЭКГ признаки гипертрофии и перегрузки отделов сердца,
* выявить ЭКГ признаки синдрома предвозбуждения желудочков,
* выявить ЭКГ признаки очаговых поражений миокарда
* выявить ЭКГ признаки стенокардии и хронической ИБС, острой аневризмы левого желудочка, тромбоэмболия легочной артерии,
* провести анализ сердечного ритма и проводимости:
* оценка регулярности сердечных сокращений;
* подсчёт ЧСС;
* определение источника возбуждения;
* оценка проводящей системы сердца.
* выявить ЭКГ признаки нарушений сердечного ритма, проводимости: экстрасистолии, фибрилляции и трепетания предсердий и желудочков, пароксизмальных и хронических суправентрикулярных и желудочковых тахикардий, нарушений синоатриальной, атриовентрикулярной проводимости и проводимости в системе пучка Гиса и волокон Пуркинье, признаки электрокардиостимуляции,
* **Оценить полученные результаты ЭКГ, оформить финальное электрокардиографическое заключение.**

***АЛГОРИТМ Оценки лабораторных анализов***

Уточнение ФИО, возраста, пола, даты и времени исследования пациента, клинического диагноза

Уточнение вида биоматериала

Оценка соответствия объема назначенного и выполненного исследования

Оценка величины изучаемых параметров

Сопоставление величин полученных результатов с нормальными (должными) показателями

Оценка и характеристика выявленных отклонений от нормы

Комплексная оценка лабораторного анализа

Сопоставление с клинической картиной заболевания

Предположительный диагноз

***АЛГОРИТМ интерпретации Спирограмм***:

Спирометрия представляет собой неинвазивный метод измерения воздушных потоков и объемов как функции времени с использованием форсированных маневров. При поведении анализа:

* учитываются рост, пол и возраст и раса больного, клинический диагноз
* измеряют:
* рассчитывается ФЖЕЛ - максимальный объем воздуха, который человек может выдохнуть после максимально глубокого вдоха
* рассчитываются показатели объемной скорости воздушного потока:
* ОФВ1 - максимальный объем воздуха, который человек может выдохнуть за первую секунду маневра ФЖЕЛ,
* отношение ОФВ1/ФЖЕЛ - выражается в процентах и является модификацией индекса Тиффно (ОФВ1/ЖЕЛвд, где ЖЕЛвд– максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после полного спокойного выдоха. У здорового человека это соотношение составляет 75–85%,
* СОС25-75 - средняя объемная скорость в средней части форсированного экспираторного маневра между 25% и 75% ФЖЕЛ. Этот показатель можно измерить непосредственно по спирограмме либо рассчитать по кривой поток–объем.,
* рассчитывается МОС 25-75 - максимальные объемные скорости на уровнях 25, 50 и 75% ФЖЕЛ,
* ПОСвыд - пиковая объемная скорость выдоха, которая также называется максимальной экспираторной скоростью – показатель, который измеряется в течение короткого отрезка времени сразу после начала выдоха и выражается либо в л/мин, либо в л/сек.
* ПОСвд -пиковая объемная скорость вдоха - - измеряют максимальный инспираторный поток
* ФЖЕЛ и ОФВ1 выбирают не менее чем из трех воспроизводимых технически приемлемых маневров. Результаты исследования анализируют по маневру с максимальными ФЖЕЛ и ОФВ1
* Проводится сопоставление полученных параметров с должными величинами показателей спирометрии. Для скоростных показателей нижней границы нормы составляет 60% от должных значений, для отношения ОФВ1/ФЖЕЛ в качестве НГН 70% от должных значений
* Проводится выявление обструкции дыхательных путей , локализации и оценка ее выраженности по степень отклонения ОФВ1 от должного значения
* Проводится выявление рестриктивных нарушений вентиляции, обусловленных процессами, снижающими растяжимость легких и, следовательно, ограничивающими наполнение легких воздухом Это проявляется снижением ЖЕЛ, Форма кривой может и не меняться, а представлять собой пропорционально уменьшенную копию должной кривой
* Проводится выявление смешанных нарушений легочной вентиляции развивающихся при сужении просвета дыхательных путей на фоне уменьшения легочных объемов. При этом спирометрия будет регистрировать одновременное снижение ФЖЕЛ, ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ.
* Интерпретация результатов спирометрии строится на анализе основных параметров (ОФВ1, ЖЕЛ, ОФВ1/ЖЕЛ), формируется финальное заключение в свободной форме..

***АЛГОРИТМ интерпретации результатов бронходилатационного теста***

* определяются значения спирометрического показателя ОФВ1 или ФЖЕЛ до и после ингаляции бронходилататора
* необходимо определить, превышают ли полученные данные вариабельность измерения, которая составляет <8 %, или <150 мл
* расчитывается абсолютное и относительное изменение ОФВ1 и/или ФЖЕЛ (коэффициент бронходилатации - КБД),
* Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора КБД составляет более 12%, а абсолютный прирост - более 200 мл. что подтверждает обратимость обструкции дыхательных путей

**Методические указания по подготовке и оформлению**

**карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации**

Карта экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации (КЭО) является документом, отражающим анализ материала для экспертной оценки рациональной фармакотерапии конкретного реального больного.

Составление карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации– это глубокое и детальное исследование **реальной ситуации**, выполняемое для того, чтобы выявить ее частные и общие характерные свойства. Проведение анализа по рациональному использованию лекарственных средств возможно по историям болезни у конкретных больных и по архивным историям болезни с заполнением карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации.

При составлении КЭО ординатор должен зарегистрировать полученные при клиническом и дополнительном обследовании данные, осмыслить их, составить наиболее рациональный план обследо­вания, правильно сформулировать диагноз, провести анализ индивидуализированной фармакотерапии больного в конкретной клинической ситуации с использованием последних сведений по фармакокинетике, фармакодинамике, взаимодействию, побочному действию лекарственных средств, фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии.

*Требования к тексту*

Текст карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. При оформлении должны быть соблюдены следующие требования:

* строгое следование принятой форме;
* точность и логичность изложения;
* исчерпывающая полнота необходимых сведений;
* ясность изложения;

Защиту карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации можно рассматривать как итоговый документ, который характеризует уровень практических умений и навыков ординатора по дисциплине.

**Карта экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации**

Нужное подчеркнуть

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

число месяц год

Место проведения экспертизы(консультации):

амбулаторно-поликлиническое учреждение-1,стационар-2

№ истории болезни (с указанием профиля отделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращение по данному заболеванию в текущем году: первичное-1, повторное-2.

Госпитализация по данному заболеванию в текущем году: первичная -1,

повторная-2.

Диагноз заключительный(клинический):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности объективного статуса, клинико-лабораторных и инструментальных исследований:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

Оценка качества фармакотерапии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей | Да | Нет | Не в полной мере |
| 1.Соответствие стандартам и протоколам лечения |  |  |  |
| 2.Рациональность выборв базового лекарственного средства (ЛС) |  |  |  |
| 3.Рациональность выбора комбинации ЛС |  |  |  |
| 4.Адекватность дозового режима |  |  |  |
| 5.Адекватность курсового режима |  |  |  |
| 6.Наличие нежелательных побочных реакций (НПР) |  |  |  |
| 7.Мероприятия. проводимые по предупреждению прогнозируемых НПР |  |  |  |
| 8.Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом (клиническая эфыфективность, сроки проведения необходимого комплекса диагностисческих и лабораторных исследований) |  |  |  |

Заключение: проводимая фармакотерапия: 1-коррекции не требует, 2-требует частичной коррекции, 3-требуется изменения схемы лечения

Рекомендации(для протокола консультации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-клинический фармаколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Проверка карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации проводится в соответствии с расписанием КСР ординатора.

**4. Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.