гия и детская ортопедия-травматология.

Кроме этого, интерны ежеквартально, а клинические ординаторы ежегодно отчитываются на кафедральных совещаниях о проделанной работе, после чего аттестационный лист с соответствующими рекомендациями направляется в деканат ФПК и ППС.

Клинические ординаторы, имеющие склонность к научно-исследовательской деятельности, разрабатывают под руководством сотрудников кафедры соответствующие научные направления, результатов чего являются публикации в печати, а также написание кандидатской диссертации.

К итоговой аттестации знаний допускаются слушатели, полностью выполнившие индивидуальный план обучения в интернатуре или клинической ординатуре и своевременно получившие зачеты по смежным дисциплинам. Итоговая аттестация является трехуровневой и включает в себя зачет по практическим навыкам, тестовый контроль знаний интернов и клинических ординаторов и итоговое собеседование на основе утвержденных билетов. Проведение итоговой аттестации осуществляется комиссионно на основе регламентирующих приказов ректора университета и руководителя краевого департамента здравоохранения.

Проведение последипломной подготовки студентов на кафедре хирургических болезней детского возраста соответствует современным требованиям и позволяет эффективно готовить квалифицированных специалистов.

Литература:

1. Беспалько В.П. О критериях качества подготовки специалиста. ВВШ, 1988, №1, С. 3-8.

2.Ненашева Л.А., Семушина Л.Г. Моделирование профессиональной деятельности в учебном процессе. М., 1989. -150 с.

3. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии. М., 1998.-253 с.

4. Талызина Н.Ф. Деятельностный подход в построении модели специалиста. ВВШ, 1986. № 3. С. 10-14.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ "ЭНДОКРИНОЛОГИЯ"

Наурбиева Е.Н., Кузнецова В.В.
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, кафедра факультетской терапии Краснодар, Россия

• Формирование навыков клинического мышления является основной целью образовательного процесса в медицинском ВУЗе. Только способность к принятию самостоятельного решения в конкретной клинической ситуации, т.е. умение использовать теоретические знания в практической деятельности, является основным критерием готовности выпускника к практической деятельности. Привитие навыков клинического мышления должно начинаться максимально рано, с этапа первого знакомства студента с больными на циклах ухода за больным и пропедевтики и продолжаться на всех клинических кафедрах, независимо от профиля будущей специальности. При таком понимании цели образовательного процесса исчезает деление профессиональных дисциплин на профильные и непрофильные, важные и неважные.

Одним из способов формирования клинического мышления является методика проблемного обучения, основной идеей которого является развитие творческих способностей студентов средствами проблемных заданий [1]. При изучении эндокринологии такими проблемными заданиями являются клинические ситуационные задачи.

Ситуационная задача - форма, традиционно используемая при обучении клиническим дисциплинам, однако в

большинстве случаев задачи составлены таким образом, что ограничивают творческую деятельность обучаемого. В тексте задач содержатся уже готовые ответы на вопросы, возникающие при объективном обследовании пациента (печень увеличена, сердце расширено влево, определяется асцит и т. д.). Более того, задачи, как правило, сопровождаются набором результатов параклинических методов исследования, отражающих представление о данной клинической ситуации составителя задачи, но никак не студента. Как известно, еще С.Л. Рубинштейн считал основным механизмом мышления анализ через синтез, т.е. включение объекта в новую систему связей. При этом субъект как бы 'вычерпывает" новое содержание, дающее новый ракурс видения [3]. Задание же, содержащее готовую информацию, предполагает, что решение опирается на предыдущий опыт обучаемого, в котором можно найти ответы по аналогии. При проблемной ситуации почерпнуть ответ из опыта невозможно, необходимо самостоятельно найти новую закономерность или новый способ решения. Мы предлагаем студентам клинические задачи, составленные в максимально нейтральной описательной форме (не "ослабление I тона на верхушке", а " в 1-й точке аускультации выслушиваются два одинаковых по громкости тона" и т.д.), студент должен последовательно оценить имеющуюся симптоматику, выделить клинические синдромы, сформулировать предварительный диагноз, самостоятельно назначить план дополнительного обследования. Далее он получает результаты параклинических исследований по составленному им плану. К каждой задаче имеется большой (часто избыточный) набор результатов дополнительных методов исследования, если запрашиваемый студентом анализ не был предусмотрен составителем задания, то в течение 3-5 минут преподаватель, проводящий разбор клинической ситуации, предоставляет студенту результаты требуемого метода исследования. Затем студент анализирует полученные результаты, формулирует диагностическую концепцию, назначает лечение (либо определяет меры неотложной помощи). Составленное таким образом задание отвечает двум типам проблемных ситуаций: теоретической (рассогласование на уровне предмета действий, в такой проблемной ситуации необходимо раскрыть новую закономерность, отношения, необходимые для объяснения некоторого явления или доказательства истинности определенного положения) и практической (неизвестное составляет способ действия) [2]. Действия студента при * работе с виртуальным пациентом аналогичны действиям врача, работающего с реальным больным. Разбор клинической ситуационной задачи проводится с обязательной оценкой каждого из этапов решения. Проблемная ситуационная задача, как правило, решается в форме деловой игры. В процессе разбора клинической ситуации участвует вся группа: один студент выполняет роль врача первого контакта, другой - врача бригады "Скорой помощи" (если предусмотрена неотложная ситуация), привлекаются консультанты (хирург, окулист, невролог и др.). Если в процессе работы допущены существенные ошибки, могущие в реальной клинической практике повлечь за собой тяжелые осложнения или гибель пациента, назначается эксперт. Таким образом, при решении ситуационной задачи преподаватель может оценить уровень интеллекта и степень обучаемости конкретного студента, что позволяет индивидуализировать обучение. Кроме того, такая форма работы позволяет заинтересовать даже тех студентов, которые наивно полагают, что будущему великому психиатру (неонатологу, остеопату, косметологу и др.) эндокринология никогда не пригодится.

Использование элементов проблемного обучения позволяет оптимизировать учебный процесс, улучшить усвоение значительного объема информации

за ограниченный период времени, развить навыки клинического мышления и способность принимать ответственные решения, повышает самооценку учащихся.

Литература:

1. Казанская В.Г. Педагогическая психология. - СПб.: Питер, 2005.- 366 с.
2. Матюшкин А.М. Проблемные ситуации в мышлении и обучении.- М: Педагогика, 1972.- 418 с.
3. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер, 2004.- 713 с.

НАШ ВЗГЛЯД НА ФГОС-3 ВПО

Нефёдов П.В.[1)], Нефёдова Л.В.[2)]
ГБОУ ВПО КубГМЪ?
Минздравсоцразвития России,
'Кафедра гигиены с экологией и
' Кафедра биологии с курсом
медицинской генетики
Краснодар, Россия

Актуальной проблемой современного динамично эволюционирующего социума является поиск путей оптимизации форм и методов высшего, в том числе медицинского образования.

В этой связи Федеральные государственные образовательные стандарты высшего медицинского образования третьего поколения (ФГОС-3) можно обоснованно назвать своевременным, важным и если не революционным, то авангардным этапом совершенствования подготовки специалистов медицинского профиля. Наш вуз приступил к обучению студентов 1-го курса по этим стандартам с сентября 2011 года.

На теоретических кафедрах обучаются студенты лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического и фармацевтического факультетов, и эти кафедры уже работают по новым учебным программам, составленным в полном соответствии с ФГОС-3.

Разработка новых учебных программ потребовала изучения ФГОС-3 по всем направлениям подготовки специалистов в вузе, детального, скрупулёзного и критического анализа сложившихся уже форм и методов преподавания наших дисциплин, что дало возможность в новом свете увидеть ход педагогического процесса, его детали и требуемый конечный результат нашей работы.

Сравнительный анализ ФГОС-3 показал высокую планку, предъявляемую к подготовке будущих специалистов, уровень которой отвечает требованиям времени. Современный специалист должен быть не только высококлассным диагностом и лечебником (педиатром, стоматологом, санитарным врачом) или провизором, но он должен знать, уметь, владеть и применять в своей деятельности профилактические, реабилитационные мероприятия, психолого-педагогические приемы, быть организатором, управленцем, исследователем, постоянно и мотивированно совершенствоваться, быть коммуникабельным и позитивно настроенным человеком, уметь работать в команде, быть способным впитывать в себя инновации и использовать их в своей повседневной практике.

На наш взгляд, важнейшей отличительной чертой ФГОС-3 по сравнению с предыдущими образовательными стандартами является стремление их разработчиков к. существенному повышению активности обучающихся, ненавязчиво выраженное во фразе: «Конкретные виды профессиональной деятельности, к которым в основном готовится специалист, определяются высшим учебным заведением *совместно с* ***обучающимися»,*** а также и безальтернативно: *«Вуз* ***обязан обеспечить обучающимся*** реальную возможность участвовать в формировании своей программы обучения, вклю-