

**НЕКОММЕРЧЕСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА»**

УТВЕРЖДЕНО

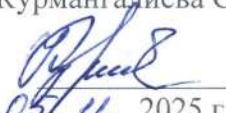





Решением Академического совета
НАО «Западно-Казахстанский медицинский
университет имени Марата Оспанова»


протокол № 3

от 14. 11. 2025 года

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ОЦЕНКЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Код	Издание	Разработал(а)	Согласовано	Подпись	Дата
МР ЗКМУ 23-40	Первое	Курмангалиева С.С.  <u>05. 11.</u> 2025 г.	Абенова Н.А.		12. 11. 2025.
			Султанова Г.Д.		11. 11. 2025.
			Нургалиева Р.Е.		10. 11. 2025.
			Алекенова Н.У.		07. 11. 2025.
			Кожаметов Б.К.		06. 11. 2025.

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 2 из 23


1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Особенностью медицинского образования является приоритет принципа безопасности пациента, реализация которого обеспечивается поэтапной подготовкой обучающихся к клинической деятельности, включающей:
- формирование с первого курса навыков профессионального общения с пациентом, сбора анамнеза заболевания и проведения физикального обследования;
 - развитие клинического мышления, основанного на анализе клинических данных и принципах доказательной медицины;
 - формирование умений вовлечения пациента в процесс совместного принятия решений при планировании обследования и выборе тактики лечения.
- 1.2. Существуют ряд стратегий, которые повышают эффективность передачи знаний:
- обучить - чтобы понять, а не запомнить;
 - усвоение на практике приобретенных теоретических знаний путем разбора ситуаций;
 - создание среды обучения, максимально приближенной к условиям на практике;
 - готовность использования знаний в реальных условиях.
- 1.3. Оценка знаний и навыков - это важная часть процесса обучения, поскольку дает возможность обучающемуся выделить области, которые требуют дополнительного изучения и тренировки. Кроме этого, оценка необходима как средство измерения уровня знаний, навыков и клинической компетентности.
- 1.4. Ранее вовлечение обучающихся в клиническую практику, в процесс ухода за больными является важным стандартом Всемирной федерации медицинского образования. Это дает ряд преимуществ, среди которых важными являются:
- демонстрация обучающимся значимости биомедицинских, поведенческих и социальных наук, которые они изучают;
 - помощь в формировании профессионального облика врача;
 - способствование развитию навыков межличностного общения и эффективной коммуникации;
 - облегчение перехода обучающихся в клиническую фазу учебной программы;
 - помощь в принятии решений в выборе будущей специальности.
- 1.5. Интеграция практики и теории может иметь место во время дидактических учебных занятий и оказании помощи больным под руководством более опытных коллег, а также посредством самостоятельного и активного обучения.
- 1.6. Целью методических рекомендаций является - повышение качества подготовки обучающихся медицинских специальностей за счёт формирования устойчивых профессиональных компетенций, клинического мышления и практических навыков в условиях, обеспечивающих безопасность пациента и соответствие требованиям национальных и международных стандартов медицинского образования.

2. КЛИНИЧЕСКАЯ СРЕДА ОБУЧЕНИЯ

- 2.1. Для обеспечения условий наилучшей практики клинического обучения важными являются три ключевые характеристики:

2.1.1. *Создание обстановки обучения.* Обучающиеся нуждаются в адекватной нагрузке и в ответственности за пациентов с различными заболеваниями (различность заболеваний является важным, так как это влияет на развитие навыков клинического мышления). Необходимо иметь достаточно пространства, как для индивидуального разбора пациентов, так и для проведения обратной связи с обучающимися. В поликлиниках должно быть достаточно комнат для обучающихся, чтобы они могли самостоятельно осмотреть пациента. Если есть возможность, необходимо предоставить косвенное наблюдение за взаимодействием между пациентом и обучающимся с помощью видеокамер или зеркала одностороннего видения.

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 3 из 23

2.1.2. **Эмоциональная среда.** Процесс обучения должен быть позитивным, чтобы обучающиеся шире использовали эффективные стратегии изучения материала и повышали чувство уверенности в своей способности успешно завершить учебные задания. Когда обучающиеся считают, что они получают эмоциональную поддержку и поощрения со стороны преподавателей, поддержку от своих сверстников, они более успешно используют саморегулируемые учебные стратегии. В случае же, если больший акцент в обучении делается на получении оценки, чем на мастерство в достижении целей обучения, студенты и резиденты реже обращаются за помощью, избегают партнерства. В том случае, если акцент делается на обучение по решению контекстных задач, они демонстрируют более высокий уровень собственной эффективности, а также достигают более высокого социально-когнитивного развития, проявляют критичность мышления.

2.1.3. **Интеллектуальный климат.** Процесс обучения на современном этапе немислим без инноваций, применения новых технологий, использования информационных ресурсов. Использование этих инструментов активизируют участие обучающихся в образовательном процессе, создают новые контексты социальных взаимодействий и позволяют более эффективно достигать целей обучения.


2.2. Преподаватели должны демонстрировать процесс научно-обоснованного принятия решения, проведения дискуссий. Обучение на базе практики подразумевает систематическое использование данных врачебной практики в процессах познания, за счет, анализа практического опыта и проведения мероприятий с целью практического улучшения, а также поиска, оценки и ассимиляции доказательств, почерпнутых из данных научных исследований, связанных с определенным контингентом больных (Международные стандарты ВФМО улучшения качества).

3. КЛИНИЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ

3.1. По определению ВФМО, компетентность может быть определена широкими профессиональными терминами или как конкретное знание, навык, отношение или поведение. Компетентность характеризуется следующими категориями:

- оказание эффективной помощи больным в борьбе с болезнями и укрепление здоровья;
- медицинские знания в области базисных биомедицинских, клинических, поведенческих и социальных наук, а также медицинской этики и медицинской юриспруденции с применением таких знаний в практике оказания помощи больным;
- навыки межличностного и иного общения, гарантирующие эффективный информационный обмен с отдельными больными и их семьями, а также работу в команде с другими профессионалами здравоохранения, научным сообществом и общественностью;
- оценка и применение новых научных знаний для постоянного дополнения и улучшения клинической практики;
- выполнение функции руководителя, инструктора и педагога по отношению к коллегам, обучающимся-медикам и другим медицинским профессиям;
- прикладной научный потенциал для внесения вклада в развитие науки и научный поиск;
- профессионализм;
- интерес и способность действовать, научный поиск;
- интерес и способность действовать в качестве защитника пациента;
- знания общественного здравоохранения и вопросов политики в области охраны здоровья, а также осведомленность и реакция на более масштабный контекст системы здравоохранения, включая, к примеру, его организацию, экономику;
- способность понимать здравоохранение, а также идентифицировать потребность и проводить мероприятия по улучшению помощи системного характера.

3.2. Клиническое преподавание фокусируется на следующих необходимых компетенциях:

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 4 из 23

3.2.1. Клиническое мышление. Этот термин употребляется очень часто, но его конкретное содержание, как правило, не раскрывается. *Клиническое мышление* - это реализация высшей формы отражательной деятельности мозга, человеческого познания, мыслительных операций (анализ и синтез, сравнение и различение, суждения и умозаключения, абстракции, обобщения и др.) применительно к задачам медицинской диагностики, прогностики и тактики лечения. Исходя из этого общего определения, можно сказать, что *клиническое мышление врача* есть способность охватить, проанализировать и синтезировать все данные о больном, полученные различными путями, при одновременном сравнении с ранее встречавшимися наблюдениями, знаниями и интуицией (опытом) для установления индивидуального диагноза, прогноза и тактики лечения.


Зачастую преподаватели часто забывают все шаги, через которые они прошли для развития навыков клинического мышления. В процессе обучения необходимо сделать процесс клинического мышления явным, демонстрировать рассуждения вслух, чтобы обучающиеся могли понять и почувствовать течение процесса.

Клиническое мышление развивается в процессе общения обучающегося врача-преподавателя и больного. Это объясняет, почему любой вид заочного обучения медицине неприемлем. Пациента не может заменить ни подготовленный артист, ни фантом, ни деловые игры, ни теоретическое освоение предмета. Несмотря на то, что мышление человека едино, у каждого человека оно формируется исключительно индивидуально. Изучая медицину вне общения с больным и с преподавателем, обучающийся по-своему расставит акценты значимости в изучаемом предмете. Это означает, что мышление не будет клиническим. Круг общения подразумевает встречи с коллегами и коллективный информационный обмен, дискуссии и консультации. Он также может включать других медицинских работников и иные уместные группы людей.

Рассматривать специфику клинического мышления нельзя в отрыве от учета стиля клинического мышления. Стиль - это особенность метода. В современной клинической медицине произошли существенные изменения. Появляются новые методы исследования, диагностики заболевания. Функциональная диагностика позволила подойти к доклинической диагностике заболеваний. Насыщенность диагностическими средствами, необходимость оперативности в оказании медицинской помощи требуют, соответственно, большей оперативности клинического мышления.

Формирование эффективного клинического мышления является важной и актуальной проблемой в компетентностной модели обучения студентов и резидентов медицинских специальностей. Решение данной проблемы предполагает педагогические, организационно-методические способы, системные методы совершенствования формирования клинического мышления на всех этапах обучения.

3.2.2. Коммуникативные навыки. Деятельность врача в современном обществе выходит за пределы традиционных профессиональных задач, определявшихся сохранением жизни больного и его трудоспособности. Все более актуальной становится проблема обеспечения качества жизни пациентов. Это, в свою очередь выдвигает на первое место в здравоохранении проблему удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи. Как показывают многочисленные исследования, эта удовлетворенность определяется не только уровнем проведения медицинских манипуляций и вмешательств, но и их соответствием психологическим потребностям и субъективным ожиданиям больных. При этом к врачу начинают предъявляться требования, важнейшим среди которых является овладение навыками межличностного взаимодействия, без которых решение задач повышения качества жизни и социального функционирования больных оказывается трудно выполнимым. В этой связи, на протяжении последнего времени большое внимание стало уделяться расширению подготовки врачей в области повышения их социально-психологической компетентности, которая начала рассматриваться как необходимый элемент профессионализма.

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 5 из 23

3.2.3. Профессионализм. Стандарты профессиональной компетентности, существующие в разных странах, направлены на то, чтобы учесть ключевые технические, когнитивные и эмоциональные аспекты врачебной деятельности.

3.3. Профессиональная компетентность формируется на основе базисных медицинских навыков, научного знания и морального развития. Ее важнейшими компонентами являются способность приобретать и использовать знания, интегрировать их с помощью клинического мышления, а также реализовывать и передавать их в процессе коммуникации с пациентами и коллегами, руководствуясь этическими принципами.

3.4. Компетенции профессионализма преподаются различными путями - когнитивные навыки могут быть обучены формальными способами (лекции, дискуссии в малых группах, семинарские занятия); навыки и подходы должны быть приобретены через ежедневные взаимодействия обучающегося и преподавателя, эффективную обратную связь.

4. МОДЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ

Клиническая подготовка требует применения эффективных методов преподавания. Ниже представлены наиболее часто применяемые модели клинического преподавания.

4.1. Case-based discussion (CBD). Обсуждение клинических случаев

Обсуждение клинических случаев (Case-Based Discussion, CBD) — это структурированный метод оценки на рабочем месте (Workplace-Based Assessment, WBA), в рамках которого обучающийся обсуждает клинический случай. Эксперт (клинический наставник, преподаватель) фокусируется на изучении клинического мышления, ведения документации, принятия решений и применения медицинских знаний в реальных клинических ситуациях.

4.1.1. Цель и преимущества

Метод CBD позволяет экспертам оценить, как обучающиеся интегрируют медицинские знания, принимают решения, ведут документацию и демонстрируют профессиональную безопасную практику. Благодаря структурированному обсуждению и обратной связи метод способствует развитию рефлексивной практики и клинического суждения.

4.1.2. В число преимуществ входят:

- оценка процесса принятия клинических решений;
- возможность для формирования быстрой обратной связи и обучения;
- помощь в выявлении сильных сторон и потребностей в развитии;
- вклад в общий прогресс развития профессиональных компетентностей.


Обучающиеся получают наибольшую пользу, если обратная связь поступит от разных людей:

- академических кураторов;
- клинических наставников;
- врачей ординаторов отделения;
- медицинских сестер отделения;
- врачей из смежных медицинских профессий.

4.1.3. Выбор случаев должен осуществляться совместно преподавателем и обучающимся для охвата широкого спектра тем, отражающих индивидуальные потребности в обучении. Обратная связь и рекомендации по дальнейшему обучению записываются исключительно в интересах обучающегося.

4.1.4. В идеале обучающийся должен выбрать два случая из историй болезни пациентов, которых он недавно осматривал или курировал. Преподаватель должен выбрать один из них для сессии CBD. Обсуждение должно начинаться и быть сосредоточено на собственной записи обучающегося, занимает 20 минут, включая обратную связь и заполнение формы. Может потребоваться выделить больше времени.

4.1.5. Оценки на основе клинических решений (CBD) обладают высокой внешней валидностью, поскольку они сосредоточены на оценивании действий, которые выполняют врачи.

	НаО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 6 из 23

С точки зрения содержательной валидности, CBD уникальны тем, что оценивается процесс принятия решения обучающимся, что является ключевым фактором в работе врачей на практике.

В конце обсуждения кейса эксперт должен уделить несколько минут, чтобы дать резиденту обратную связь о том, что было сделано хорошо, а что можно было бы сделать лучше или по-другому. Затем важно предложить и согласовать полезные действия для обучения или развития. Часто полезно начать это обсуждение с того, чтобы спросить резидента о его мнении относительно того, что он сделал хорошо, а что ему не понравилось, поскольку он часто осознаёт свои собственные потребности в развитии.

В заключение эксперт фиксирует результаты обсуждения кейса в структурированной форме, в которой указываются данные резидента, условия работы (стационар, амбулатория и т. д.) и сложность случая. Эксперт записывает сильные стороны и предложения по развитию, и, наконец, дает общую оценку компетентности резидента на основе этого обсуждения случая. Запись подписывается обоими сторонами, и копия хранится у обоих. Резидент может хранить запись в своем портфолио, а также его куратор должен хранить копию.

4.1.6. Обратную связь полезно начать с сильных сторон (то что было сделано хорошо), затем переходить к слабым сторонам, которые можно более позитивно назвать «областями для развития». В заключение полезно напомнить резиденту о его сильных сторонах, что бы у обучающегося в целом сформировалось позитивное отношение к процессу обсуждения. Такой подход «сэндвича обратной связи», не означает, что эксперт не должен быть строгим в выявлении областей для улучшения. Исследования показали, что резиденты больше всего ценят процесс CBD, когда эксперт определил области для развития и согласовал конкретные шаги для резидента. Предложения по развитию должны быть конкретными, реалистичными и измеримыми. «Узнать больше об астме» слишком расплывчато, чтобы быть полезным, тогда как «обновить информацию о рекомендациях по применению биологических препаратов при астме» или «ознакомиться с действующими рекомендациями BTS/SIGN/GINA по астме» могут быть уместными.

Оценочные листы разрабатываются к каждому кейсу. Примерный оценочный лист в Приложении А.

4.2. **Structured Oral Examination (SOE). Структурированный устный экзамен (СУЭ)**


Структурированный устный экзамен (СУЭ) может использоваться в качестве оценивания для предоставления высококачественной формирующей обратной связи обучающимся.

4.2.1. Методология структурированного устного экзамена (СОЭ) стандартизирует традиционные устные экзамены путем предварительного определения содержания, вопросов и схем оценивания (контрольных списков/планов) для обеспечения справедливости, снижения предвзятости и повышения надежности. Внедрение структурированного устного экзамена (СУЭ) включает в себя детальное планирование, разработку стандартизированных вопросов (часто на основе конкретных случаев), четкие критерии оценки, обучение экзаменаторов и последовательный процесс для снижения предвзятости и обеспечения справедливой оценки, как правило, с использованием контрольных списков и заранее определенных ответов для измерения конкретных компетенций, что обеспечивает более качественную обратную связь, чем традиционные устные экзамены. Экзамен охватывает клинические сценарии или теорию с заранее определенными ответами и баллами, что делает его более объективным инструментом оценки, чем традиционные методы, даже при сохранении некоторых элементов обсуждения для реализма.

4.2.2. Ключевые компоненты методологии СУЭ:

➤ разработка плана: Преподаватели определяют программу, основные компетенции и создают план с конкретными вопросами и их потенциальными ответами, часто с присвоением баллов.

➤ стандартизированные вопросы: Все кандидаты получают один и тот же набор вопросов или их вариаций в рамках одного плана, что обеспечивает единообразную оценку.

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 7 из 23

➤ предварительно определенная система оценивания: Четкие критерии оценивания и «вероятные ответы» устанавливаются заранее, что позволяет проводить одновременное оценивание.

➤ на основе сценариев: Часто используются клинические сценарии для проверки прикладных знаний, выходя за рамки механического запоминания.

➤ обучение экзаменаторов: Экзаменаторы отрабатывают процесс, чтобы обеспечить единообразие в применении системы оценивания и управлении взаимодействием.

➤ механизм обратной связи: Детальная система оценивания позволяет предоставлять студентам конкретную обратную связь о сильных и слабых сторонах, ведутся записи.

4.2.3. Этапы проведения

Подготовка. Определение компетенций и разработка плана. Определение конкретных знаний/навыков (компетенций), подлежащих оценке, в соответствии с целями обучения. Создание плана, сопоставляющего вопросы с этими компетенциями. Выбор темы, навыков и подготовка вопросов (например, 4 сценария по 5-6 вопросов в каждом), часто связанные с такими компетенциями, как сбор анамнеза, физикальное обследование, дифференциальная диагностика и лечение. Разработка подробных критериев оценки/шаблонов с заранее определенными идеальными ответами для обеспечения согласованности.

Ознакомить преподавателей с целями оценки, системой выставления оценок и использованием контрольных списков. Обучение экзаменаторов и пилотное тестирование.

Стандартизировать проведение экзамена. Провести пилотное тестирование вопросов и процесса в небольшой группе для уточнения материалов и процесса. Представлять всем кандидатам одинаковые сценарии и вопросы (например, с помощью PowerPoint/Zoom).

Во время экзамена: Экзаменатор задает заранее подготовленные вопросы на основе сценария (например, клинического случая). Экзаменаторы используют контрольные шаблоны ответов, оценивая ответы в соответствии с критериями. Предоставление обратной связи. Систематически записывать ответы и оценки. Предоставлять структурированную письменную обратную связь с подробным описанием сильных и слабых сторон, часто сразу или вскоре после экзамена.

Гибкость: Несмотря на структурированность, экзамен остается интерактивным; экзаменаторы направляют обсуждение, но в рамках структурированной системы, имитируя реальное взаимодействие врача и обучающегося.

4.2.4. Преимущества:

➤ снижает предвзятость и влияние удачи: минимизирует субъективную предвзятость и «фактор удачи», характерные для традиционных устных экзаменов. Стандартизированные вопросы и система оценивания минимизируют субъективность и «фактор удачи».

➤ повышение справедливости: единообразие вопросов и оценок делает его более справедливым инструментом.


➤ ценная обратная связь: объективные данные позволяют предоставлять целенаправленную, высококачественную формирующую обратную связь.

➤ улучшение обучения: исследования показывают, что устные экзамены могут улучшить усвоение и сохранение знаний. Углубляет рассуждения и повышает уверенность, позволяя студентам формулировать свои знания.

➤ повышает надежность: направлен на обеспечение согласованности оценки, в отличие от традиционных устных экзаменов.

4.3. **Direct Observation of Procedura Skills (DOPS). Прямое наблюдение выполнения процедурных навыков**

4.3.1. Методика прямого наблюдения за процедурными навыками (DOPS) — это инструмент оценки на рабочем месте (Workplace-Based Assessment, WBA). Методология прямого наблюдения за выполнением процедурных навыков (DOPS) предполагает наблюдение за тем, как обучающийся выполняет реальную процедуру, с использованием структурированного контрольного списка для оценки результатов, и предоставление немедленной конструктивной

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 8 из 23

обратной связи для обучения, с акцентом на технические навыки, профессионализм и ведение пациентов в типичной рабочей обстановке, такой как палаты или клиники, с целью содействия развитию навыков.

4.3.2. Цель этого инструмента — способствовать обучению студентов и резидентов путем предоставления структурированной обратной связи об их результатах в реальных условиях рабочего места.

4.3.3. Метод оценки эффективности выполнения процедур (DOPS) — это краткий, проверенный метод оценки, заключающийся в наблюдении экспертом (преподаватель, клинический наставник) за тем, как обучающийся выполняет процедурный навык (например: физическое обследование, пальпацию, инъекцию и т.д.), и предоставлении обратной связи о его результатах, что является наиболее важной частью метода DOPS. Оценка профессиональной деятельности должна способствовать формированию доказательной базы, на основе которой эксперт принимает решение о том, можно ли доверить обучающемуся выполнить определенный навык. Метод DOPS может использоваться в различных ситуациях и условиях для оценки различных процедурных навыков. При проведении метода DOPS с пациентом необходимо проинформировать его о процессе оценки DOPS (Информированное согласие). Эксперт должен быть знаком с процессом оценки DOPS. Эксперты должны обладать клинической компетентностью в той области, которая подвергается оценке.

4.3.4. Критерии оценки

Цель оценивания DOPS — дать возможность экспертам предоставлять структурированную обратную связь по следующим направлениям:

- навыки общения (расспрос);
- коммуникация, внимательное отношение к пациенту, обращение за помощью при необходимости;
- демонстрация знания процедуры;
- технические навыки: Правильная последовательность действий, асептика, обращение с инструментами.
- профессионализм: Управление пациентом: Подготовка к процедуре, диагностика, управление осложнениями, послеоперационный уход.
- навыки организации, управление временем и ведения документации;
- управление любыми возникающими проблемами (передача прав, риски, конфликты, негативные реакции и т. д.;
- дополнительные навыки по усмотрению руководителя (необязательно).

Перед проведением каждого этапа оценки эффективности обучения резидент и эксперт должны совместно определить, на каких критериях оценки следует сосредоточиться в ходе формирующей оценки. Обратная связь должна быть сосредоточена на согласованных конкретных задачах, а не на общих результатах работы обучающегося.


4.3.5. Этапы проведения

Обучающийся самостоятельно, по согласованию с экспертом, планирует время проведения плановых встреч.

1. Обучающийся договаривается с экспертом о проведении проверки выполнения плана DOPS и организует всю необходимую административную работу (включая предоставление эксперту формы DOPS).

2. Обучающийся и эксперт определяют критерии оценки, которые будут учитываться в ходе прохождения оценивания DOPS.

3. Эксперт наблюдает за тем, как обучающийся выполняет практическое задание. Эксперт не должен участвовать в процедуре, если вмешательство не требуется для обеспечения безопасности пациента. Опытный эксперт непосредственно наблюдает за тем, как резидент выполняет навык в его естественной среде (например, операционная, клиника).

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 9 из 23

4. Обратная связь предоставляется сразу после наблюдения. Она должна быть конструктивной и касаться следующих аспектов: особо положительных моментов, предложений по улучшению, согласованных действий и целей. Важный компонент, включающий в себя специальное занятие (5-10 минут) сразу после наблюдения (всего 20-30 минут) для обсуждения сильных и слабых сторон с использованием таких методов, как цели Пендлтона или SMART-цели.

5. Общее время, необходимое для проведения DOPS и сессии обратной связи, обычно составляет 30–40 минут.

6. Эксперт оценивает результаты работы стажера по соответствующим критериям оценки.

7. Документация: Записываются как письменные, так и устные отзывы, часто на цифровой платформе, для отслеживания прогресса.

8. Обучающийся и эксперт обсуждают и согласовывают дальнейшие шаги для продолжения обучения. И эксперт и обучающийся подписывают форму оценивания DOPS.

9. Резидент обязан вести портфолио, содержащее все документы, относящиеся к программе обучения, включая формы оценивания, чек листы. Резиденты обязаны предоставлять это портфолио своему следующему преподавателю для проверки в начале каждой новой ротации.

4.3.6. Обратная связь

Обратная связь, предоставляемая после завершения DOPS, очень важна. Обучающемуся, следует давать конструктивную и полезную обратную связь по следующим вопросам:

- Выделение и акцентирование хороших областей выполнения;
- Выделение и акцентирование на области, нуждающиеся в улучшении;
- Определение потенциальных идей для получения дополнительного опыта и навыков в областях, требующих развития.

4.4. Метод пяти микронавыков

Этот метод часто называют «одноминутным наставником». Представляет собой набор базовых навыков преподавания, которые могут быть использованы при рассмотрении представленного обучающимся клинического случая. Данный метод является эффективным подходом к повышению успеваемости обучающихся, а освоенный набор навыков эффективен во многих ситуациях обучения. Метод состоит из обучения следующим навыкам:

1. Принятие решения. Обучающиеся должны уметь принять решение в плане установления диагноза, назначения обследования или определения тактики лечения.

2. Предоставление подтверждающих доказательств. Обучающимся необходимо предоставить обоснование и доказательства своему решению. Это позволит определить уровень их знаний и навыков, что позволит преподавателям выявить слабые места и пробелы в их образовании.

3. Обучение общим правилам. Суть его заключается в определении основной информации, которую должен усвоить обучающийся при решении данного случая. Необходимо показать, какой важный опыт они получили в процессе работы с пациентом.


4. Укрепление правильных решений. При предоставлении обучающимися правильных решений преподаватель должен это отметить и уметь направить их продолжать поиски в этом направлении.

5. Исправление ошибок. Обучающиеся часто не осознают свои ошибки и им нужна обратная связь и рекомендации для улучшения работы.

Вариантов использования данной методики множество, но основным его направлением должно быть то, что весь обучающий процесс студенты, резиденты ведут сами и преподаватель может быть не вовлечен в него до момента, когда обучающийся не знает, что делать дальше. В этом случае преподаватель может включиться в процесс и дать направление для рассмотрения других возможных диагнозов, вариантов ведения пациента или исправления ошибок.

4.5. Концепция «SNAPPS».

Эта методика хорошо подходит для обучающихся, которые готовы принять на себя большой объем ответственности. При этом студент или резидент берет на себя управление дискуссией о

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 10 из 23

презентации определенного клинического случая. «SNAPPS» - это аббревиатура последующих 6 этапов:

- **Резюмировать** историю болезни пациента и осветить результаты обследования. Это должно занять не более 50% времени презентации и обсуждения.
- **Определить** варианты возможных диагнозов или методов лечения до 2-3 возможных версий.
- **Провести анализ** рассуждений путем интерпретации, сравнения и сопоставления результатов исследования и доказательств.
- **Проверить** свои предположения путем обсуждения с преподавателем.
- **Составить** план ведения пациента.
- **Выбрать подобные случаи** для самостоятельного обучения.

4.6. Концепция «RIME»

Структура R.I.M.E. является эффективным подходом для понимания и оценки обучающимися стратегии клинического обучения. При этом обучающийся должен пройти через следующие этапы в процессе обучения:

➤ **Report - Докладчик.** На данном этапе обучающимся поручается провести сбор истории заболевания пациента и физикальный осмотр, назначить необходимое обследование, распознать норму от патологии и выявить проблемы. Результаты предоставляются в письменном и устном видах. При этом у обучающихся развиваются чувство ответственности и навыки логического мышления.

➤ **Interpretation - Интерпретатор.** Важный переходный момент для обучающихся, больше ответственности за пациента, так как они должны научиться ставить приоритеты по проблемам пациента и определить, по крайней мере, три возможных предварительных диагноза.

➤ **Manager - Менеджер.** Этот шаг требует большего понимания для определения возможных вариантов лечения пациента и применения плана лечения к возможностям и предпочтениям пациента.

➤ **Education - Преподаватель.** На этом этапе обучающиеся углубленно изучают и делятся новыми знаниями с другими обучающимися, ищут веские доказательства своих рекомендаций.

5. УСТНАЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Устные презентации - это один из способов предоставления информации. Формат и содержание презентации клинического случая бывают различными, так как во многом зависят от конкретной обстановки. Презентации должны быть, по возможности, краткими и лаконичными.


На протяжении всей своей профессиональной деятельности врачи пользуются этим навыком. Умение давать хороший и достаточно полный устный отчет - это вид искусства, которому необходимо обучиться и постоянно совершенствоваться. Ниже представлены основные рекомендации по тому, как эффективно представлять презентацию клинического случая (пример презентации продолжительностью в 5-6 минут).

5.1. Основные характеристики:

- краткость, организованность, конкретность;
- зрительный контакт;
- правильная поза и осанка;
- уметь предоставить информацию по памяти. Смотреть на записи можно только в случаях, когда это необходимо;
- четкий, уверенный голос;
- избегать описания процесса: «Я сказал, а потом она сказала...» и т.п. Вместо этого описывать только факты.
- избегать комментариев.

5.2. Содержание презентации

1. Заголовок (продолжительность 10-20 секунд)

	НаО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 11 из 23

➤ краткое представление пациента: возраст, пол; текущая проблема пациента, которая обозначается посредством самых важных сведений (не более 3-х или 4-х); продолжительность симптомов, причина презентации случая.

2. История настоящего заболевания (продолжительность 1-2 минуты)

➤ описание всех выявленных симптомов и синдромов в хронологическом порядке.

3. Данные анамнеза (продолжительность 1 минута)

- история перенесенных заболеваний;
- курсы лечения и обследования, которые прошел пациент до настоящего момента;
- семейный анамнез пациента (при необходимости);
- аллергический анамнез;
- принимаемые лекарственные средства;
- социальный анамнез (образ жизни, привычки и т.п.);

Примечание. По мере приобретения опыта, обучающиеся поймут, в каких ситуациях вышеупомянутые аспекты будут играть важную роль в устном отчете.

4. Данные физикального осмотра (продолжительность 1 минута)

- краткое описание общего состояния пациента (состояние, уровень сознания и т.п.);
- основные показатели состояния организма;
- выявление изменения.

5. Данные результатов лабораторных и инструментальных методов обследований (продолжительность зависит от объема полученных данных)

➤ результаты лабораторных исследований с патологическими сдвигами сравнить с предыдущими показателями.

6. Заключение (продолжительность 10–20 секунд)

➤ подведение итогов, состоящее из одного – двух предложений.

7. Оценка состояния (продолжительность 30 секунд)

➤ при новом патологическом состоянии предоставление нескольких предварительных диагнозов, включающие наиболее вероятный и конкурирующие диагнозы;

➤ оценка проводимой терапии или обследования.

8. Дальнейший план ведения пациента (продолжительность 1 минута):

➤ обследования, необходимые для уточнения диагноза, начиная от базовых до специальных;

➤ необходимые консультации, которые могут помочь в постановке диагноза или определении тактики лечения;

➤ возможные варианты лечения для наиболее вероятного диагноза;

➤ осведомленность пациента о своем состоянии и плане ведения.


Для эффективного устного представления клинического случая необходимы соответствующие теоретические знания и целенаправленное практическое обучение. По мере того, как будут совершенствоваться знания и навыки обучающегося, будут совершенствоваться и его навык устной презентации. Будет меняться стиль и содержание презентации, по мере приобретения опыта продолжительность устной презентации будет становиться более подходящей для клинической ситуации и аудитории.

6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОСКЭ

6.1. ОСКЭ — методика оценки, основанная на принципах объективности и стандартизации, при применении которой экзаменуемые последовательно перемещаются с ограниченным временем пребывания по серии станций (этапов экзамена). С целью оценки их профессиональной деятельности в моделированных условиях на каждой станции (этапе) обученные методике ОСКЭ экзаменаторы оценивают экзаменуемых по заранее разработанным, стандартизированным шкалам оценки.

6.2. Преимущества

➤ возможность воспроизведения реальных клинических ситуаций;

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 12 из 23

- контролируемость и безопасность;
- методическое и техническое обеспечение позволяет проводить экзамены систематически;
- сложность этапов экзамена может быть настроена в зависимости от уровня практических навыков экзаменуемого;
- вариабельность заданий одинакова для всех экзаменуемых, все экзаменуемые находятся в одинаковых условиях;
- объективность и надежность оценки.

6.3. Недостатки

- может оказаться искусственным;
- требует много времени для планирования и материальных затрат;
- необходимость обучения студентов и экзаменаторов;
- зная круг оцениваемых навыков, главной целью студентов становится автоматическая отработка техник выполнения.

6.4. Главный принцип ОСКЭ – оценка овладения студентами практических навыков определенных лечебно-диагностических манипуляций. Спектр клинических навыков определяется типовой программой. Выполнение заданий проводится в моделированных, искусственно созданных условиях. Эти условия сами по себе могут влиять на выполнение заданий экзаменуемыми, поэтому выполнение их в ходе ОСКЭ может быть не таким, как в реальных клинических условиях. Это важно иметь в виду при интерпретации результатов экзаменов.

6.5. В реальных клинических условиях очень важную роль в определении общей способности к выполнению задач играют неклинические навыки: работа в команде, способность к управлению ресурсами, готовность к различным ситуациям, лидерские качества и т.д. Их не просто оценить в формате ОСКЭ. Поэтому, оценка при ОСКЭ в основном сконцентрирована на когнитивных и психомоторных навыках, на аффективной готовности, которые считаются основными компонентами обучения.


Эти способности, каждая с разным уровнем сложности, были описаны как аффективный, когнитивный и психомоторный компоненты обучения (по D.R. Krathwohl и A.E. Simpson). Уровни сложности для каждого из этих компонентов обучения приведены в таблице 1.

Таблица 1. Аффективный, когнитивный и психомоторный компоненты обучения от базового до продвинутого уровня

Уровень сложности	Аффективный	Когнитивный	Психомоторный
Базовый	Получение	Знание	Ощущение
	Реагирование	Понимание	Определение характера
	Оценка	Применение	Приспособление
	Организация	Анализ	Выделение
	Характеристика	Синтез	Улучшение
Продвинутый		Оценка	Составление

6.6. ОСКЭ может оценивать все 3 компонента обучения, но следует иметь в виду, что для оценки некоторых умений могут существовать более подходящие инструменты. Например, теоретическое применение знаний лучше тестируется с помощью вопросников с выбором ответов из нескольких вариантов. Для оценки практических навыков используются тренажеры-симуляторы, на которых студенты отрабатывают алгоритм действия. Таким образом, идеальная программа итоговой оценки должна быть основана на комбинации средств оценивания.

6.7. ОСКЭ проводится для оценки определенных знаний и умений, которые невозможно оценить путем письменного или компьютерного экзамена. Типичными примерами таких умений

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 13 из 23

являются способность экзаменуемого собрать анамнез или выполнить медицинские манипуляции. При этом важно, чтобы практические умения, необходимые для выполнения задач, тестировались не изолированно, а в сочетании с другими: уметь применить знания, составить план лечения, что позволяет оценить выполнение задач более глобально.

7. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОСКЭ

7.1. Два основополагающих принципа ОСКЭ — это объективность и структурированность. Объективность в основном определяется стандартизированными шкалами оценки и тем, что один и тот же обученный экзаменатор задает одни и те же вопросы всем экзаменуемым. В то же время, хорошо структурированная станция ОСКЭ имеет стандартизованную схему прохождения, которая позволяет оценить определенное клиническое умение с учетом полученного экзаменуемым курса обучения. Хорошо спланированный ОСКЭ имеет высокий уровень пригодности (проще говоря, это значит, что ОСКЭ оценивает то, что он должен оценивать) и высокую степень надежности (результаты экзамена воспроизводятся повторно с очень малой погрешностью).

7.2. **Пригодность.** Пригодность зависит от 5 факторов:

1) Содержание теста отражает то, что нужно оценивать в курсе обучения, задания реалистичны, оцениваются правильные компоненты обучения.

2) Ответы на вопросы теста точно регистрируются, обрабатываются, хранятся и анализируются.

3) Тест имеет высокую надежность.

4) Результаты теста коррелируют с результатами других тестов, в которых оцениваются аналогичные компоненты, и плохо коррелируют с результатами тестов, в которых оцениваются другие компоненты (конвергенция и дивергенция результатов).

5) Имеются значимые последствия оценки, т.е. положительное влияние на обучение, штраф за неудачу обоснован, а последствия прохождения экзамена социально и профессионально приемлемы.

7.3. **Надежность.** Основные факторы, влияющие на надежность ОСКЭ:

1) **Количество станций ОСКЭ.** Проведение экзамена с использованием большой выборки клинических случаев максимально повышает надежность, а наибольшее значение для обеспечения надежной оценки общего выполнения задач экзаменуемым имеет правильная продолжительность экзамена.

2) **Стандартизированные шкалы оценки.** Обеспечивают выставление оценки экзаменаторами разным экзаменуемым по одним и тем же критериям, что уменьшает разброс оценок между разными экзаменаторами и экзаменуемыми.

3) **Привлечение обученных экзаменаторов.** Обучение экзаменаторов снижает разброс между разными экзаменаторами и повышает единообразие поведения экзаменаторов. Кроме того, наличие разных экзаменаторов на разных станциях может уменьшить системную погрешность, связанную с экзаменаторами.


4) **Стандартизованное поведение пациентов.** Плохо стандартизированные пациенты (СП), поведение которых с разными экзаменуемыми различается, могут снижать надежность экзамена.

7.4. **Выполнимость.** Выполнимость определяется как степень практичности метода оценки. По сравнению с другими методами, ОСКЭ рассматривается как требующий большого количества ресурсов и времени для организации и проведения. Поэтому важно обеспечить наилучшее использование ОСКЭ, разрабатывая только станции, действительно требующие формата ОСКЭ, т.е. оценки не знаний, а выполнения задач.

7.5. **План и порядок проведения ОСКЭ**

7.5.1. **Принять решение о том, что вы хотите оценить**

➤ коммуникативные навыки;

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 14 из 23

- выяснение истории болезни;
- способ проведения осмотра (обследования);
- этические вопросы;
- осведомление пациента;
- оказание неотложной помощи;
- технические навыки и т.п.

7.5.2. *Содержание, количество и продолжительность станций (этапов экзамена)*

- количество станций (Приложение Б);
- короткие или длинные станции (по времени прохождения);
- комбинация двух видов станций;
- задания для каждой станции. *Например: после встречи со СП даются задания*

интерпретировать рентгеновский снимок, данные лабораторного исследования, составить план обследования и/или лечения.

7.5.3. *Двойные станции (Couplet Stations)*

- состоят из встреч с пациентами и изучения проблемы пациентов после данных встреч;
- дают возможность интерпретировать результаты тестирования;
- способствуют повышению потенциала тестовых заданий без дополнительных затрат;

7.5.4. *Для каждой станции вам понадобится*

- информация для студента (Приложение В);
- инструкции для экзаменаторов (Приложение Г);
- контрольный лист для выставления оценок — Оценочный лист (Приложение Д);
- список оборудования, который необходим для станции;
- определите команду, в которую входят обученные экзаменаторы, секретарь, СП;

7.5.5. *Тест станции*

- необходимо протестировать станцию, чтобы удостовериться, что она работает (α -тест);
- постарайтесь привлечь кого-нибудь сыграть роль студента, например преподавателей

кафедры.


7.5.6. *Необходимо обеспечить:*

- место для регистрации и администрирования;
- место для проведения ознакомления студентам, пациентам и экзаменаторам;
- место для отдыха;
- место, отведенное для пребывания студентов после прохождения экзамена.

За день до экзамена расположите указательные знаки снаружи каждой комнаты, а также внутри на двери. Проверьте работу сигнальной системы. Убедитесь, что все стандартизированные пациенты помнят, когда им нужно прийти, в особенности, если среди них есть подростки. Проверьте оборудование по списку.

7.5.7. *Идентификация экзаменуемых.* Приемлемым вариантом будет раздать большие стикеры с напечатанными на них именами и/или номерами. Экзаменатор должен проверять, что информация соответствует оценочному листу, который лежит перед ним.

7.6. **Методика проведения экзамена.** По сигналу обучающиеся приступают к выполнению задания соответствующей станции. Экзаменатор по ходу задания выставляет баллы в оценочном листе экзаменуемого, согласно критериям оценки, разработанным для своей станции (Приложение Д). По истечении времени секретарь подает сигнал, по которому обучающиеся прекращают выполнение задания и одновременно переходят на следующую станцию. В таком порядке обучающиеся выполняют задания всех назначенных станций, после чего одновременно покидают аудиторию. Для исключения возможности обмена информацией, выход и вход в аудиторию желательно организовать в разных направлениях. После выхода из зала последней группы экзаменуемых, экзаменатор каждой станции подсчитывает количество баллов в оценочном листе каждого экзаменуемого, прошедшего

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 15 из 23

через его станцию, выставляет баллы и сдает оценочные листы секретарю экзаменационной комиссии.

- 7.7. **Подведение итогов экзамена.** Секретарь экзаменационной комиссии заносит данные всех станций в ведомость ОСКЭ по каждому экзаменуемому. Ответственные преподаватели проводят расчет оценки ОСКЭ (Приложение Д). Экзаменаторы и руководитель кафедры подписывают ведомость.

8. ЭФФЕКТИВНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

- 8.1. Существует множество различных инструментов для проведения клинической оценки. Для стадии «показать как» используются длинные и короткие случаи и экзамены ОСКЭ. Для стадии «делает» используются методы оценки на рабочем месте, оценку профессионализма и обратную связь от пациента.

Чаще всего используются тесты и отчет по оценке в процессе обучения (ITER). Новые методы включают мультиресурсную обратную связь (оценка 360°), клинический разбор на основе истории болезни, клинический разбор на основе видео, тематические записи и портфолио.

- 8.2. Формальная оценка должна производиться в трех пунктах при клинической ротации: в начале, во введении (оценка нужд), в середине (формативная оценка) и в конце (суммативная оценка). Формативная оценка — это обратная связь, которая направляет обучение. Она должна предоставляться часто во время ротации. Данный вид оценки является важным для обсуждения проблем в обучении, и для разработки плана обучения для достижения целей ротации.

- 8.3. Неуверенные обучающиеся нуждаются в ясном направлении. Чтобы избежать неудач им необходимо достаточное количество времени для исправления ошибок. Преподаватели часто чувствуют себя неловко при предоставлении негативной обратной связи и могут предоставить ее поздно, надеясь, что студенты сами улучшатся. Также их обратная связь может быть слишком обобщенной и может оказаться не достаточно полезной для студента. Не предоставление ясных и своевременных предупреждений является основой для апелляции.

- 8.4. Эффективная система оценки должна соответствовать следующим параметрам:


- обеспечивать частую и непрерывную формативную оценку (обратная связь) для совершенствования обучения;

- использовать набор инструментов для повышения надежности и достоверности, обеспечивающих изучение всего набора необходимых компетенции;

- использовать «эффект руля» для обучения нужным задачам;

- развивать ППС по важным навыкам прямого наблюдения, конструктивной обратной связи и надежной оценки;

- определять неуспевающих обучающихся на ранних стадиях для разработки эффективной программы по исправлению ошибок.

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 16 из 23

Приложение А

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ КЛИНИЧЕСКИХ КЕЙСОВ

РАЗДЕЛ А. Данные обучающегося и эксперта

ФИО врача-резидента: _____

Специальность: _____

Кафедра: _____

Год резидентуры: _____

Преподаватель / куратор: _____

Дата: _____

Раздел В. Информация о пациенте:

Возраст: _____

Пол: _____

Подтверждаю, что пациент дал информированное согласие на использование данного случая в образовательных и оценочных целях : Да Нет

Раздел С. Оценка клинического кейса

1. Жалобы:

2. Анамнез жизни:


3. Анамнез заболевания:

4. Объективные данные:

5. Обоснование предварительного диагноза:

6. Назначение плана обследования и интерпретация результатов:

Лабораторные данные:

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 17 из 23

7. Обоснование
клинического
диагноза:

8. Назначенное лечение:

Критерии	0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	Комментарии
Сбор жалоб (основные, дополнительные) Ведущие синдромы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Анамнез жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Анамнез заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Объективные данные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Обоснование предварительного диагноза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Интерпретация лабораторных и инструментальных данных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Обоснование клинического диагноза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Назначенное лечение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Итого							

0- критерий не выполнен

0,1- критерий выполнен на минимальном уровне

0,2- критерий выполнен частично

0,3- критерий выполнен в основном


0,4- критерий выполнен с корректировками

0,5- критерий выполнен полностью

Максимальная оценка: 4,0 балла по балльно-рейтинговой системе оценок

Набрано: _____ баллов

Комментарий преподавателя:

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 18 из 23

Подпись преподавателя: _____

Подпись врача-резидента: _____

Ф МР ЗКМУ 23-40-01-2025. Оценочный лист клинических кейсов. Издание первое.

Приложение Б

Перечень станций ОСКЭ (по дисциплине пропедевтика внутренних болезней)

1. Расспрос
2. Осмотр
3. Пальпация
4. Перкуссия
5. Аускультация

Приложение В

Информация для студента Методы исследования сердечно-сосудистой системы

Станция №3. Пальпация области сердца, определение артериального пульса.
Задание для студента: Уточните общие правила пальпации. Определите цели и проведите пальпацию сердца и крупных сосудов, а также артериального пульса пациента. Кратко охарактеризуйте состояние верхушечного толчка, артериального пульса, возможные патологические изменения и их причины.
Время: 5 минут.

Приложение Г

Инструкция для преподавателей Методы исследования сердечно-сосудистой системы.

Раздел 3. Станция №3. Пальпация области сердца и определение артериального пульса.


№	Критерии шагов задания	Критерии выполнения
1	Соблюдение общих правил пальпации	Теплое помещение, теплые, мягкие, чистые руки врача, удобное положение врача и больного.
2	Определение целей пальпации сердца и артериального пульса	Целью пальпации сердца является определение свойства верхушечного толчка, а также обнаружение невидимого при осмотре сердечного толчка, ретрокардиальную, эпигастральную и другие патологические пульсации: феномена диастолического и систолического дрожания, иногда - пальпаторный эквивалент шума трения перикарда.
3	Определение и оценка верхушечного толчка (локализация,	Для определения верхушечного толчка врач кладет правую ладонь ладонью в поперечном направлении на прекордиальную область таким образом, чтобы основание ладони лежало на груди, а указательный, средний и безымянный пальцы расположились соответственно в 4-5- и 6-ом межреберьях, причем концевые фаланги пальцев должны



	высота, площадь, сила).	находиться в направлении подмышечной области. Ощупывают межреберья слегка надавливая на них пальцами. В случае выявления толчкообразных движений верхушки сердца сомкнутые кончики указательного, среднего и безымянного пальцев располагают вдоль пульсирующего участка межреберья и определяют свойства верхушечного толчка: высоту, силу, ширину, локализацию и синхронность с пульсом на лучевой артерии. В норме в вертикальном положении исследуемого, если верхушечный толчок пальпируется, он невысокий, умеренной силы, шириной не более 2 см, расположен в 5-м межреберье на 1,5-2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает с пульсом на лучевой артерии.
4	Определение и оценка феномена диастолического дрожания на верхушке сердца.	Для определения феномена диастолического дрожания врач кладет правую ладонь ладонью в поперечном направлении на прекордиальную область таким образом, чтобы основание ладони лежало на груди, а указательный, средний и безымянный пальцы расположились соответственно в 4- 5- и 6-ом межреберьях, причем концевые фаланги пальцев должны находиться в направлении подмышечной области. У больного с митральным стенозом при таком ощупывании в области верхушечного толчка удается определить локальную вибрацию грудной стенки, наподобие дрожания тела мурлыкающей кошки. Дрожание является пальпаторным эквивалентом диастолического шума у таких пациентов.
5	Определение и оценка феномена систолического дрожания на основании сердца.	Для определения систолического дрожания врач кладет правую ладонь ладонью вертикально по обе стороны грудины, причем ладонь должна быть на уровне 2-й и 3-й точек аускультации. При стенозе устья аорты систолическое дрожание определяется на рукоятке грудины или справа от нее, а при стенозе легочной артерии и незаращении артериального (боталлова протока) - слева от грудины.
6	Определение и оценка эпигастральной пульсации и пульсации крупных сосудов шеи.	При исследовании эпигастральной пульсации ладонь кладут продольно на живот таким образом, чтобы концы пальцев лежали в подложечной области непосредственно под мечевидным отростком грудины.левой рукой врач придерживает спину больного. Слегка надавливая на переднюю брюшную стенку правой рукой и смещая ее кверху, заводит кончик пальцев под мечевидный отросток и пытается нащупать пульсацию. В случае, если эпигастральная пульсация пальпируется, врач отмечает ее преимущественную локализацию, направление пульсаторных ударов, а также сравнивает степень выраженности пульсации на вдохе и выдохе. В норме эпигастральная пульсация обычно отсутствует. Наиболее частой причиной ее появления бывают усиленные пульсаторные колебания брюшного отдела аорты, в частности при ее аневризме. Эпигастральную пульсацию могут вызвать также гипертрофия и дилатация правого желудочка. Еще одна из разновидностей этой пульсации наблюдается у больного с недостаточностью трехстворчатого клапана. У них пульсирует значительно увеличенная печень, ритмично набухающая во всех направлениях синхронно с сердечными сокращениями. При осмотре и пальпации крупных сосудов шеи могут быть выявлены наличие «пляска каротида», наблюдающийся при недостаточности аортальных клапанов и набухание, пульсация шейных вен



		(положительный венный пульс), свойственный для хронической правожелудочковой недостаточности.
7	Определение артериального пульса и интерпретация полученных данных	<p>Артериальный пульс представляет собой определяемое пальпаторно периодическое толчкообразное расширение артерии в систолу и спадение ее - в диастолу. В клинической практике пульс пальпируют на лучевых артериях в дистальной части предплечья. В пальпации пульса участвуют указательный, средний и безымянный пальцы. Нашупав пульс следует определить:</p> <ul style="list-style-type: none">- симметричность пульса на обеих артериях- равномерность пульса, ритмичность- величина пульса- напряжение пульса по усилию, который требуется приложить к стенке артерии для прекращения пульсации в дистальном участке.- наполнение пульса по величине амплитуды движения кончиков пальцев во время пальпации пульса- форма пульса по скорости нарастания и спадения пульсовых волн <p>Характеристика пульса:</p> <ol style="list-style-type: none">1. По частоте: норма, тахикардия, брадикардия2. Ритм: ритмичный (<i>pulsus regularis</i>), аритмичный (<i>pulsus irregularis</i>)3. Симметричность: симметричный, асимметричный (<i>pulsus differens</i>)4. Напряжение: удовлетворительный (<i>pulsus plenus</i>); напряженный, твердый (<i>pulsus durus</i>); мягкий (<i>pulsus mollis</i>)5. Наполнение: удовлетворительное (<i>pulsus plenus</i>), пустой (<i>pulsus vacuus</i>)6. Величина: большой (<i>pulsus magnus</i>), малый (<i>pulsus parvus</i>)7. Форма: скорый (<i>pulsus celer</i>), высокий (<i>pulsus altus</i>), медленный (<i>pulsus tardus</i>) <p>Разновидности пульса: бигемения, дикротический, ните-видный (<i>pulsus filiformis</i>, интермиттирующий (<i>pulsus intermittens</i>), парадоксальный (<i>pulsus paradoxalis</i>), альтерни-рующийся (<i>pulsus alternans</i>), дефицит пульса (<i>pulsusdeficiens</i>).</p>
8	Интерпретация результатов пальпации сердца, крупных сосудов и артериального пульса	<p>Изложенные данные пальпации сердца и крупных сосудов шеи позволяют определить наличие нормальных величин верхушечного толчка по его локализации, силе, высоте, ширине и их отклонения при различных патологических состояниях, а также позволяет выявить сердечный толчок, усиления ретростернальной, эпигастральной пульсации; определить феномены диастолического, систолического дрожаний при различных органических пороках сердца, патологические пульсации сосудов шеи.</p>

	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»	Дата 05.11.2025	Издание: первое
	Методические рекомендации по оценке практических навыков обучающихся	МР ЗКМУ 23-40	Стр. 21 из 22

Приложение Д

Оценочный лист ОСКЭ

Методы исследования сердечно-сосудистой системы.

Оценочный лист ОСКЭ по пропедевтике внутренних болезней.

Ф.И.О. студента _____ группа _____

Станция №4. Перкуссия сердца: относительная и абсолютная сердечная тупость.

Экзаменатор _____

№	Критерии шагов задания	0–0,1 балл	0,2–0,3 балла	0,4–0,5 баллов
1	Соблюдение общих правил перкуссии			
2	Опознавательные линии грудной клетки и межреберья для определения границ сердечной тупости			
3	Перкуссия сердца: определение правой границы относительной сердечной тупости			
4	Перкуссия сердца: определение верхней границы относительной сердечной тупости			
5	Перкуссия сердца: определение левой границы относительной сердечной тупости			
6	Определение границ абсолютной сердечной тупости			
7	Определение ширины сосудистого пучка			
8	Интерпретация полученных результатов перкуссии сердца			
	ИТОГО			
<p>Критерии оценки: 0,5 — все сделал правильно 0,4 — все сделал правильно, с несущественными замечаниями 0,3 — выполнено большей частью 0,2 — выполнено с существенными замечаниями 0,1 — сделал неправильно 0 — не сделал Максимальная оценка 4,0 (100 баллов, А — «отлично»)</p>				
<p>Оценка _____ балл (буква) Дата _____ Подпись экзаменатора _____</p>				

