

Текстовый документ

Зарегистрировано в Минюсте России 28 июля 2013 г. N 28824

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ФОРМ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 10.08.2015 N 549н)

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить:

порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств согласно приложению N 1;

форму информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе места и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, согласно приложению N 2;

форму отказа от вида медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное

- учебный материал, представленный в виде текстового компонента в формате Word или pdf;
- может содержать графические компоненты (рисунки, фотографии, графики, схемы, диаграммы) в форматах jpeg, gif, png.

Учебная презентация

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА



Дополнительное
профессиональное образование



Минздрав России

- учебный материал, представленный в виде презентации в формате PowerPoint, **оформленной в шаблоне**;
- содержит текстовый компонент, а также может содержать графические компоненты, аудиокомпоненты и/или видеокомпоненты (видеоролики);

- графические компоненты представлены в форматах jpeg, gif, png, имеют высокое разрешение;
- объем аудио и/или видео компонентов, включенных в презентацию, не должен превышать 20 минут.

Аудио/видеокомпонент



- **Аудио/видеозапись обучающего характера;**
 - **предоставляется в форматах, воспроизводимых на современных персональных компьютерах, планшетах и других мобильных устройствах в режиме онлайн;**
 - **продолжительность не должна превышать 20 минут;**
-
- **Аудио/видеозапись может быть использована:**
 - **в составе ИОМ вместе с другим(-и) учебными материалами (например, поясняющим или комментирующим видеозапись)**
 - **в составе учебной презентации.**

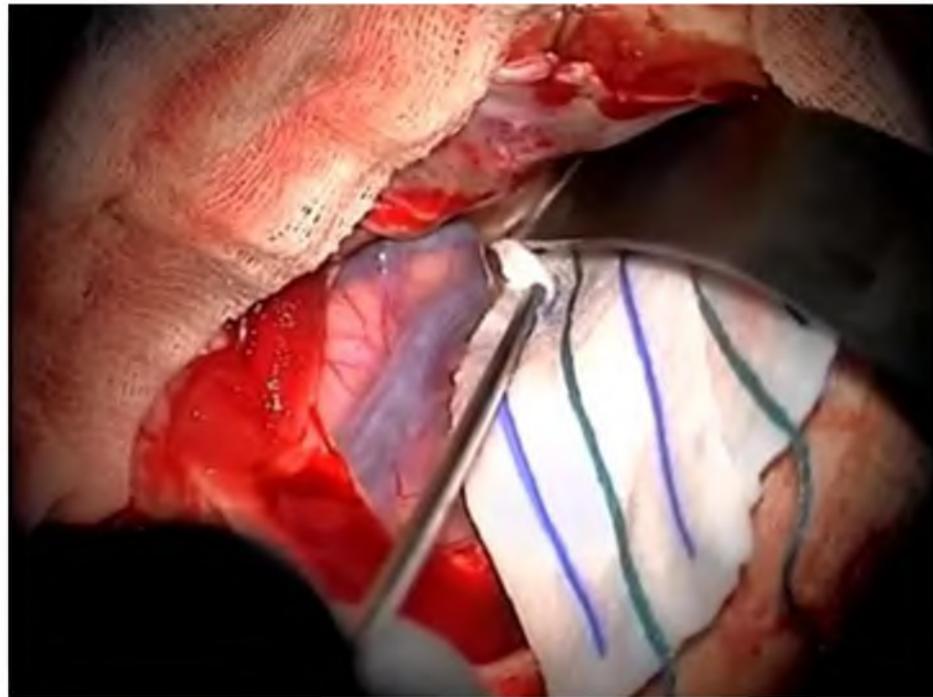
Аудиолекция



- Авторы ИОМ могут запланировать аудiosoпровождение учебной презентации и подать заявку
- представление материалов аудиолекции:
 - учебная презентация в формате PowerPoint
 - текст учебного материала в формате Word для аудиозаписи.

Пример учебной презентации с видеокomпонентом

Клипирование аневризмы внутренней сонной артерии



СЛАЙДЫ

Поиск...

- ▶ 2.8.2. 2. Общие принципы терапии
- ▶ 2.8.3. 3. Базисная терапия
- ▼ 2.8.4. 4. Хирургическое лечение
 - 2.8.4.1. Выбор тактики хирургического лечения
 - 2.8.4.2. Риск повторного кровотечения из аневризмы
 - 2.8.4.3. Внутрижелудочково е кровоизлияние, острая гидроцефалия и внутрим...
 - 2.8.4.4. Аргументы для проведения операций в остром периоде САК
 - 2.8.4.5. Аргументы для проведения хирургического вмешательства в холодн...
 - 2.8.4.6. Операции на аневризме в остром периоде САК показаны
 - 2.8.4.7. Операции на аневризме в остром периоде САК откладываю...
 - 2.8.4.8. Прямые хирургические вмешательства на аневр...
 - 2.8.4.9. Клипирование аневризмы внутренней сонной артерии**
 - 2.8.4.10. Другие манипуляции, направленные на улучше...

Дополнительное профессиональное образование



Минздрав России



91 / 102

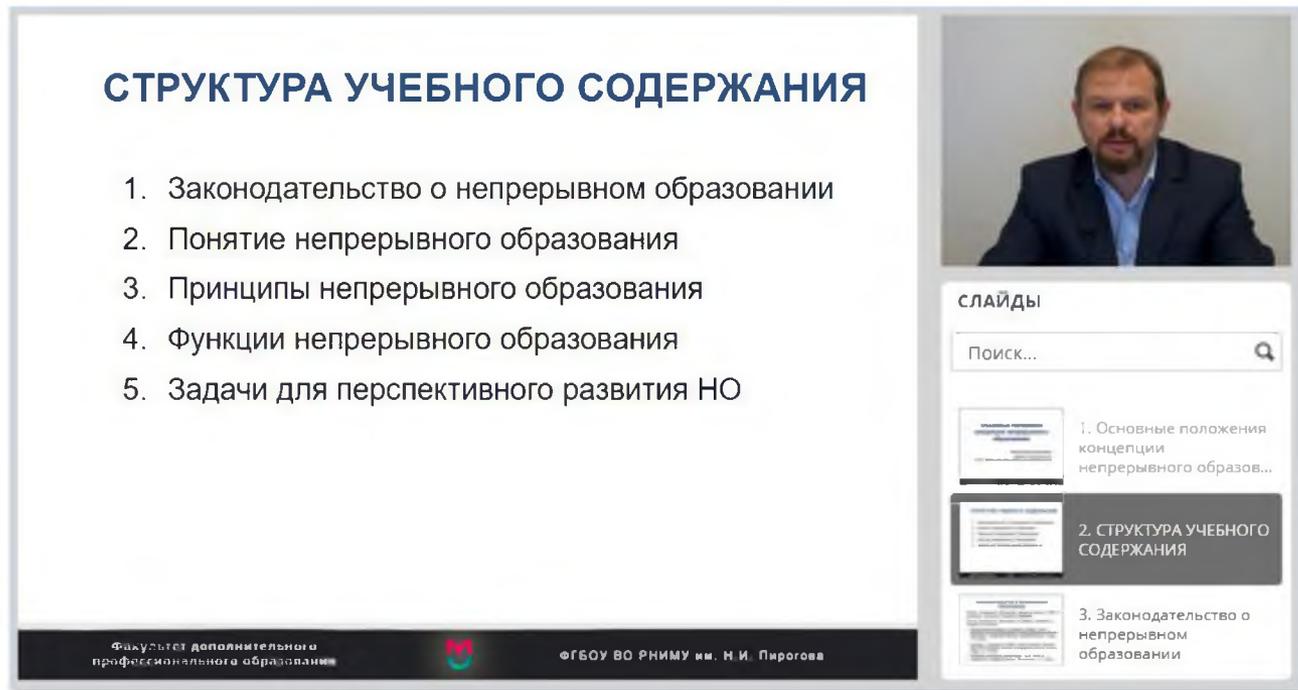
00:38 / 03:07



НАЗАД

ДАЛЕЕ

Видеолекция



СТРУКТУРА УЧЕБНОГО СОДЕРЖАНИЯ

1. Законодательство о непрерывном образовании
2. Понятие непрерывного образования
3. Принципы непрерывного образования
4. Функции непрерывного образования
5. Задачи для перспективного развития НО

Факультет дополнительного профессионального образования

ФГБОУ ВО РНМУ им. Н.И. Пирогова

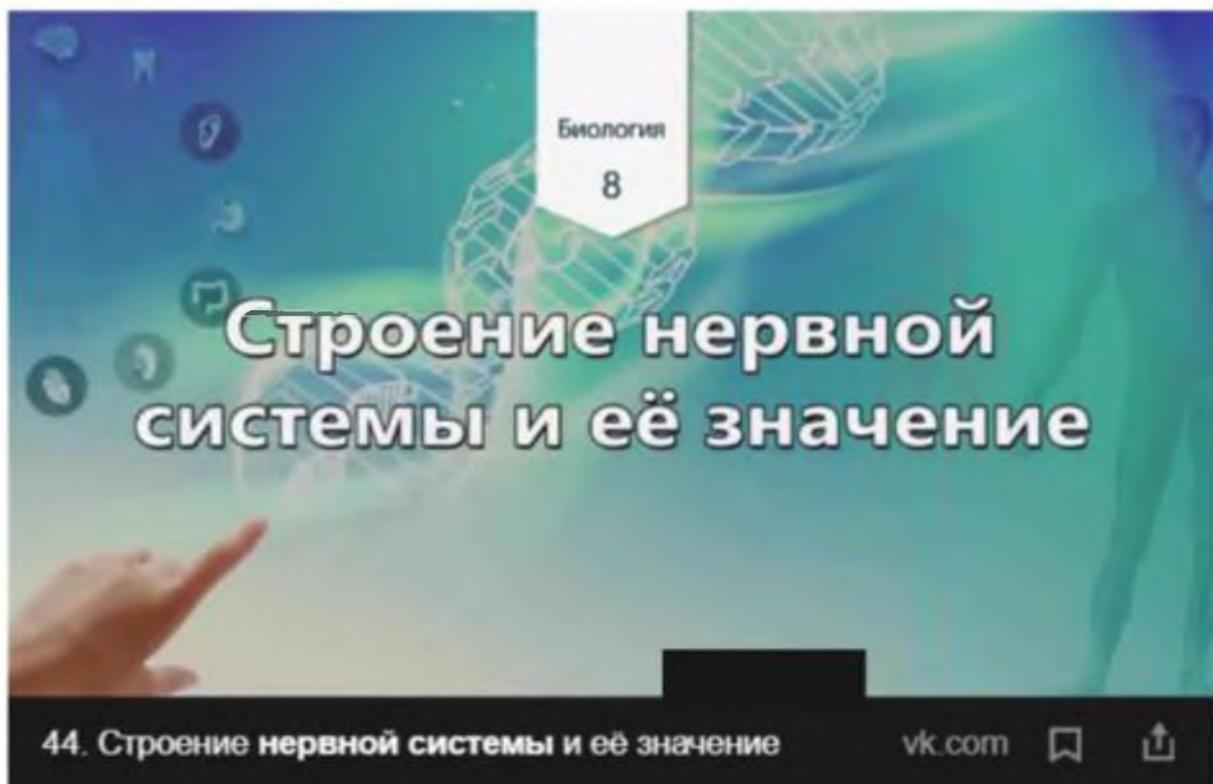
слайды

Поиск...

1. Основные положения концепции непрерывного образов...
2. СТРУКТУРА УЧЕБНОГО СОДЕРЖАНИЯ
3. Законодательство о непрерывном образовании

- ❑ Авторы ИОМ могут запланировать видео-сопровождение учебной презентации
- ❑ Представление материалов видеолекции:
 - учебная презентация в формате PowerPoint
 - текст учебного материала в формате Word для видеозаписи.

Учебный фильм



- ❑ варианты представления материалов для учебного фильма:
 - учебный фильм в требуемых форматах с подтверждением авторства;
 - запись учебного фильма при помощи сотрудников ЦИТ

- **постановочная видеозапись**, созданная на основе ранее написанного сценария в качестве средства обучения с использованием различных приёмов и выразительных средств;
- может быть лекционным, инструктивным, обзорным, сюжетным;
- предоставляется в форматах, воспроизводимых на современных персональных компьютерах, планшетах и других мобильных устройствах в режиме онлайн;
- продолжительность для ИОМ должна составлять не менее 20 минут;
- может быть самостоятельным ИОМ или предметным содержанием ЭОР.

Интерактивная ситуационная задача

Ситуационная задача

На приеме у врача больная, 27 лет.

Жалобы

Пациентка жалуется на ощущение заложенности в носу, водянистые выделения из носа, чихание и слезотечение.

Отмечает повышение температуры до 37,3°C.

Дыхание затруднено.

Общий осмотр

Кожа наружного зева гиперемирована.

Голос с гнусавым оттенком.

Диагноз

Сформулируйте предварительный диагноз

Назначение обследований

Назначьте дополнительные методы диагностики для подтверждения и уточнения диагноза

УЗИ почек

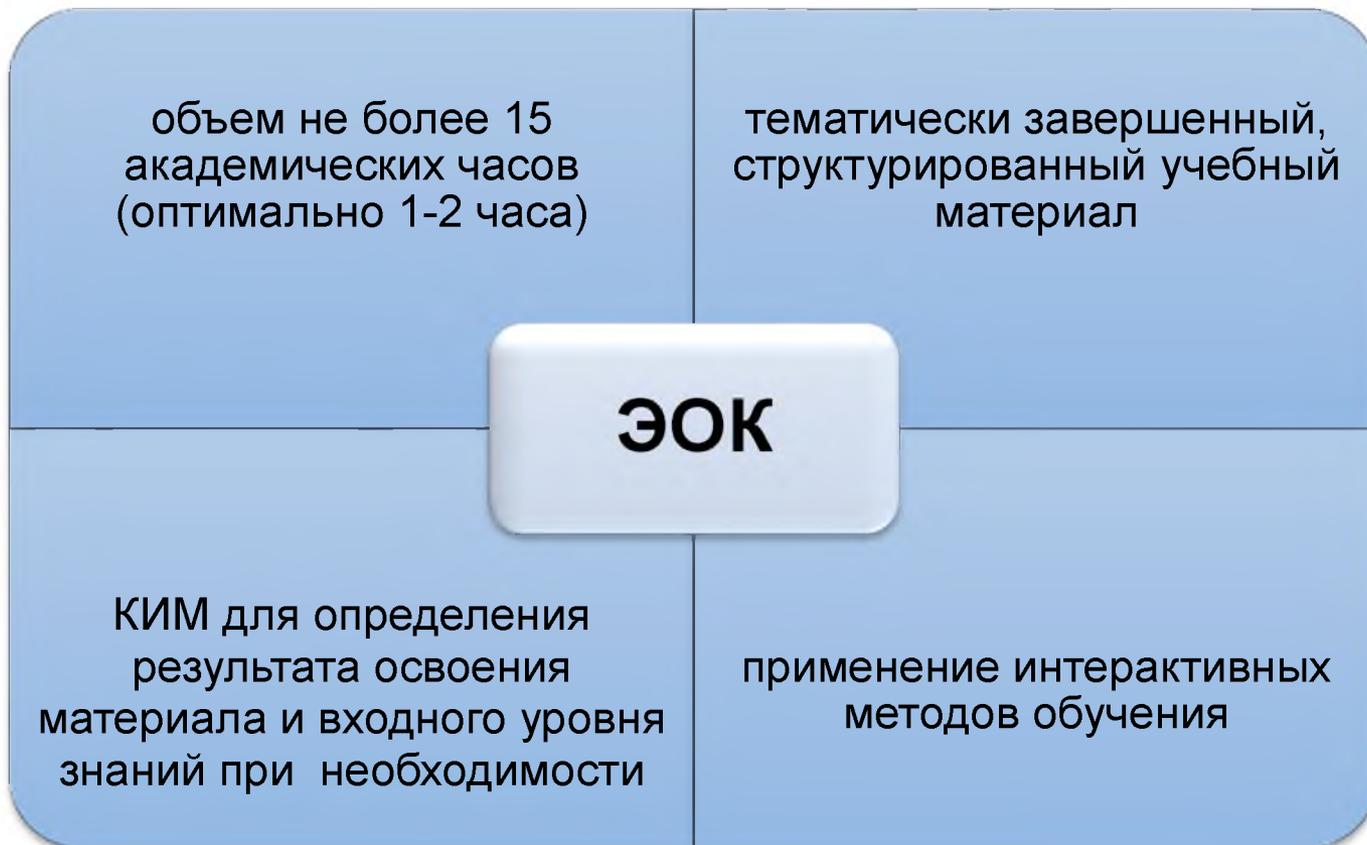
ЭКГ

Биохимический анализ крови

Иммунологический анализ крови

- учебное задание, реализуемое в электронном виде и имитирующее ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности, позволяющее обучающемуся осваивать интеллектуальные операции последовательно в процессе работы с информацией;
 - предоставляется в виде текстового документа в формате Word, оформленного в шаблоне;
 - могут быть приложены графические компоненты, аудио- и видеокomпоненты;
 - может быть самостоятельным ИОМ или предметным содержанием ЭОР.
- включает обязательные элементы:
 - условие - описание ситуации;
 - тестовые задания (вопросы) с вариантами ответов;
 - балльную оценку правильности ответов.

Интерактивный образовательный модуль типа «электронный образовательный курс» (ЭОК)



Тематический ЭОК

Целью разработки тематического ЭОК является создание интерактивного учебного материала по определенной теме, призванного раскрыть её актуальность и проблематику, с обязательным приложением контрольно-измерительных материалов для обеспечения интерактивного контроля эффективности освоения ЭОК.

Тематический ИОМ должен разрабатываться **на основе актуальных документов профильного** характера (нормативно-правовых актов, клинических рекомендаций, методических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, информационно-аналитических и статистических данных соответствующего направления и т.д.). Для работы используются данные с **официальных электронных информационных ресурсов**: сайты государственных ведомств, профессиональных сообществ и пр.

Рекомендуемое **время изучения ЭОК: 1-2 ак. часа.**

В этот объём закладывается время на освоение учебных материалов и время на прохождение контрольно-измерительных материалов.

Примерный объём учебных материалов ЭОК

Учебная презентация – это не иллюстрация к лекции!

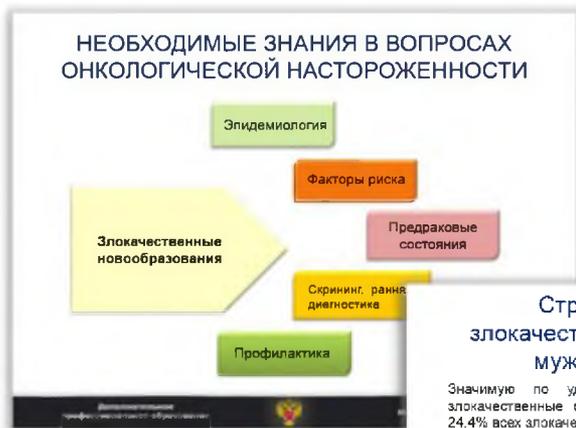
Учебная презентация – это **иллюстрированная лекция**, не требующая дополнительных пояснений. Текста презентации должно быть достаточно для ответа на тестовые задания и/или решения интерактивных ситуационных задач.

Трудоёмкость ЭОК	Примерное количество слайдов Учебной презентации	Количество тестовых заданий	Количество интерактивных ситуационных задач
1 ак. час	50 - 70	30	2-3
2 ак. часа	70 – 90	40	3-5

Представление учебного материала ЭОК

В большинстве случаев учебная презентация PowerPoint остается самым привычным средством подачи учебного материала.

Форма представления учебного материала по теме **должна повышать эффективность освоения ИОМ**. Для этого в Учебной презентации целесообразно выделять наиболее важные моменты и положения, определяющие значимость рассматриваемой темы.



Факторы риска развития злокачественных новообразований

Экзогенные факторы риска	Эндогенные факторы риска
<ul style="list-style-type: none">• курение• алкоголь• особенности питания (рациона)• ультрафиолетовое излучение• профессиональные вредности• загрязнение окружающей среды канцерогенными веществами• ионизирующее и неионизирующее излучения• инфекционные факторы• экзогенные гормоны и др.	<ul style="list-style-type: none">• возраст• пол• расовая принадлежность• генетическая предрасположенность• иммунное состояние• предрак



Особенности питания

Исследования показали, что повышенное потребление жиров, а особенно животных жиров и мяса, на душу населения, и количество потребляемых калорий коррелирует с заболеваемостью раком толстой кишки, молочной железы, матки и простаты.

Ожирение является доминирующим фактором риска для рака эндометрия, толстой кишки, молочной железы (в менопаузе), почки и аденокарциномы кардиального отдела пищевода и желудка.

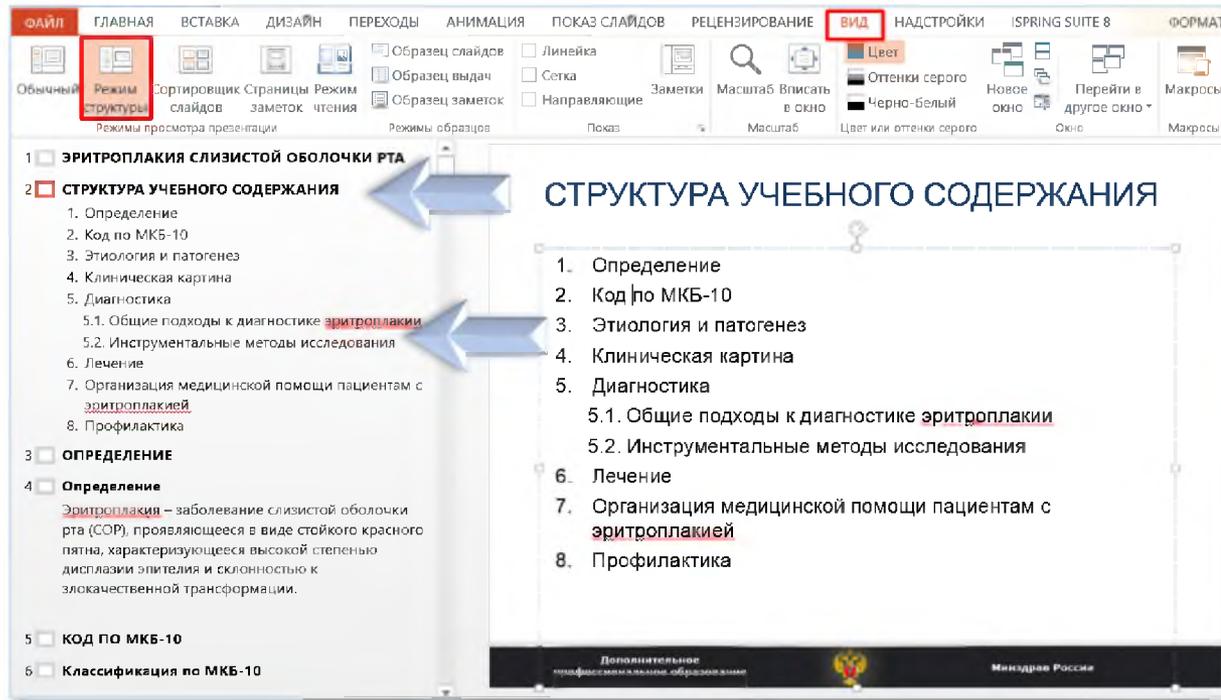
Пищевые канцерогены:

- ✓ «мясные» канцерогены (гетероциклические амины), жареный картофель и чипсы (акриламид).
- ✓ повторное использование жиров.
- ✓ копченые продукты (фенолы, бензолы),
- ✓ консерванты (бензойная кислота).

Основные требования к учебной презентации

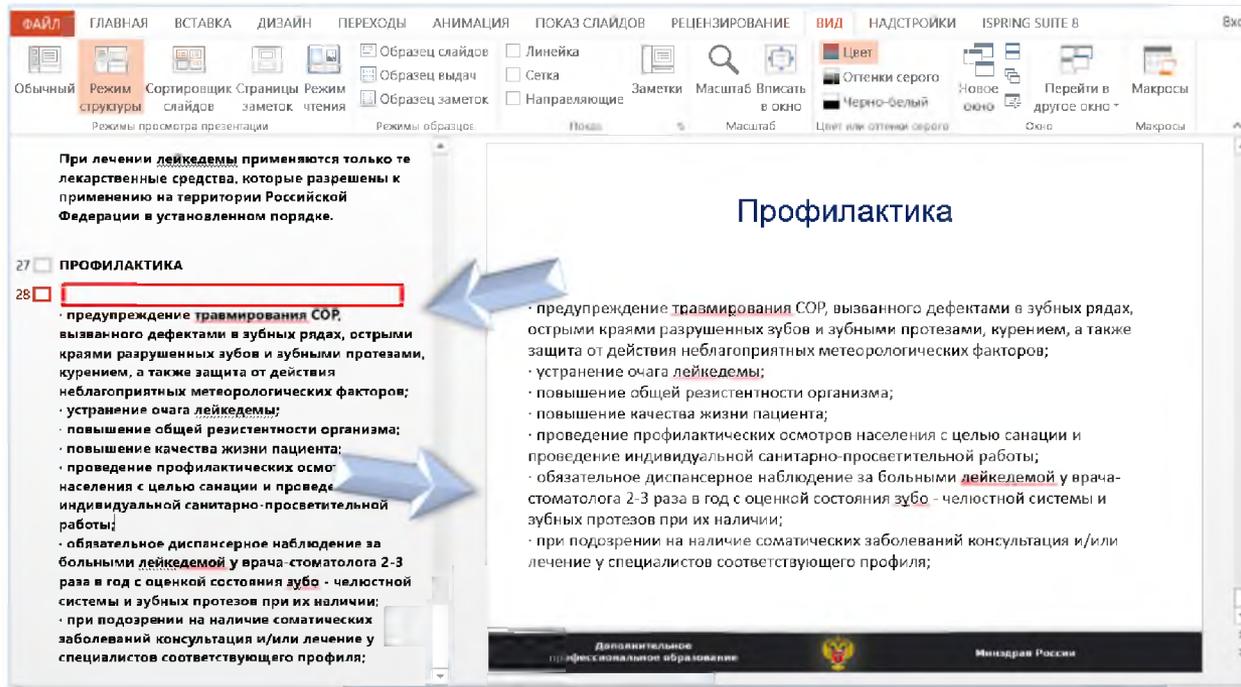
1. Использование шаблона учебной презентации.
2. **Полное изложение учебного материала** как при отсутствии аудио/видеосопровождения, так и при его наличии. **ПОМНИТЕ:** не все специалисты смогут ознакомиться с аудио/видеозаписью к учебной презентации по объективным причинам (плохое интернет соединение)
3. Излагаемый материал должен быть понятным и целостным, его **должно быть достаточно для прохождения итогового контроля.**
4. Структура учебной презентации должна полностью соответствовать структуре учебного содержания
5. Максимальное использование дополнительных элементов (иллюстрации, схемы, графики и таблицы и т.д.)

Правильность оформления структуры презентации



- Проверка **ОБЯЗАТЕЛЬНА**.
- Проверяется на вкладке «Вид», представление «Режим структуры».
- Должны отображаться все заголовки слайдов, а также текст слайдов. При этом таблицы и рисунки не отображаются.
- ВСЕ СЛАЙДЫ** должны иметь заголовки.

Ошибка – слайд без заголовка

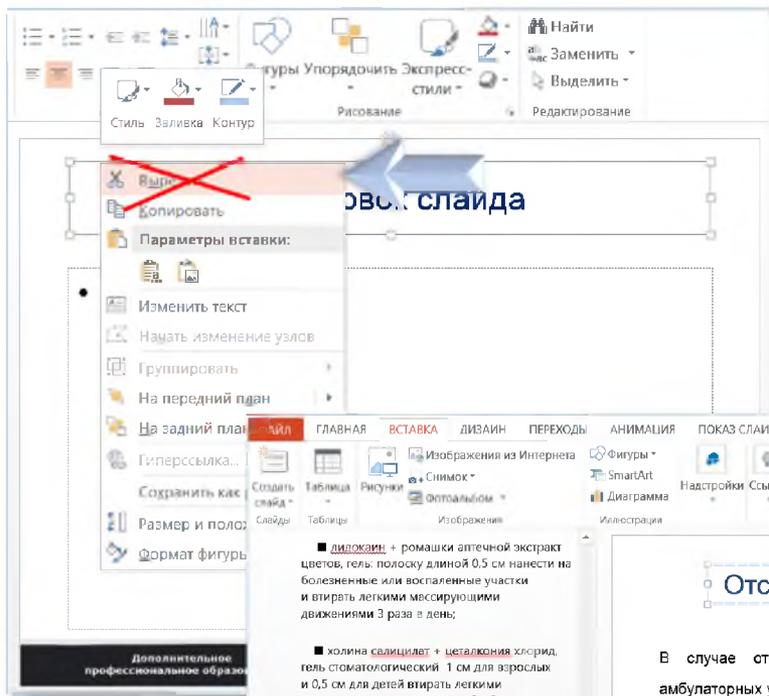


ВАЖНО!

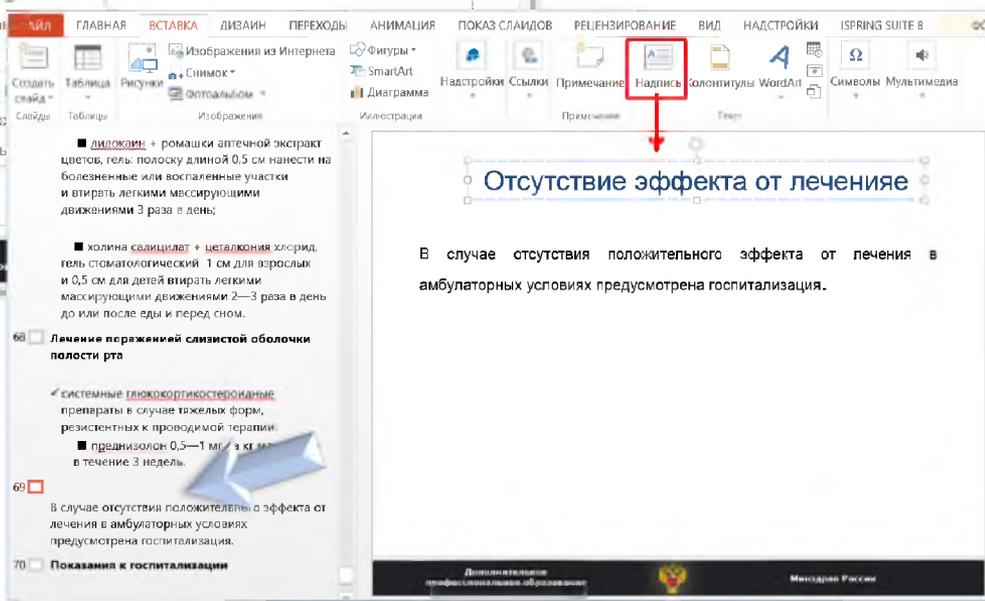
При создании слайдов используйте специально созданные слайды из шаблона. Это позволит избежать грубой ошибки – наличия в учебной презентации слайдов БЕЗ заголовков.

(!) В заголовке отражается текст слайда

Причина ошибки в структуре презентации



НЕЛЬЗЯ удалять поле заголовка при оформлении слайда презентации (!)



НЕЛЬЗЯ название заголовка оформлять с помощью вставки надписи (!)

Ошибка в структуре учебного содержания

Структура учебного содержания

1. Определение
2. Код по МКБ-10
3. Этапы описания заболевания
4. Этиология
5. Патогенез
6. Классификация
7. Патоморфологические особенности
 - 7.1. Патоморфологические особенности типичной формы
 - 7.2. Патоморфологические особенности буллезной формы
 - 7.3. Патоморфологические особенности пигментной формы
 - 7.4. Патоморфологические особенности кольцевидной формы

ВАЖНО!

В структуру учебного содержания не следует выносить ВСЕ названия слайдов.

Уникальность заголовка слайда

❑ У каждого слайда должен быть свой **уникальный заголовок**.

❑ **Не рекомендуется использовать сокращения в заголовке слайда**, сокращения допускаются в крайних случаях, например, в случае очень длинного заголовка или общепринятых сокращений.

81

Правила приема Д-пенициллина

Д-пенициллин назначается за 1 час или через 2 часа после приема пищи, т.е. еще до приема пищи.

Начальные дозы при терапии составляют 250-500 мг/сут. с постепенным (в течение 4-7 дней) увеличением дозы на 250 мг до лечебной дозы 1000-1500 мг/сут, которая дается в 2-4 приема.

Для детей терапевтическая доза Д-пенициллина составляет 20 мг/кг/сут. Коррективная доза проводится с помощью снижения уровня экскреции мочи с мочой.

При применении Д-пенициллина развивается недостаточность свертывания, что требует введения витамина В6 (пиридоксин) в дозе 25-50 мг/сут.

При развитии побочных действий Д-пенициллин назначается другое альтернативное лечение.

82

Побочные эффекты от терапии Д-пенициллином

Побочные эффекты на терапии Д-пенициллином развиваются в 30% наблюдений.

1. У больных со смешанной (неврологической) формой болезни Вильсона в 30% случаев отмечается ухудшение неврологической симптоматики, что связано с индуцированной высокой мобилизацией меди из печени и отложением ее в базальных ядрах головного мозга, что провоцирует или усиливает неврологическую симптоматику.

2. Около 25-30% пациентов с болезнью Вильсона на фоне терапии развивают острую аллергическую реакцию в виде сыпи, лихорадки, крапивницы.

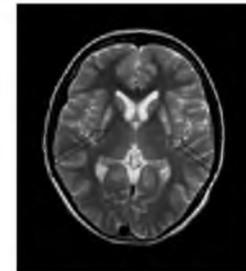
MPT и КТ головного мозга

Наиболее часто в области базальных ядер головного мозга выявляются:

- ✓ понижение плотности на КТ,
- ✓ гиперинтенсивность сигнала в T2 и T1 режимах МРТ.

Также выявляются изменения сигнала в области:

- ✓ ствола головного мозга,
- ✓ таламуса,
- ✓ мозжечка в сочетании с диффузной атрофией коры и белого вещества головного мозга.



Усиление МР сигнала в T-2 режиме от подкорковых ядер головного мозга у девочки 11 лет со смешанной формой болезни Вильсона

Уникальность заголовка слайда - исключения

34

Клинические признаки заболевания

1. Гематурия у 80–90% больных (терминальная, тотальная). Гематурия разной интенсивности и продолжительности. По мере роста опухоли начинают появляться и другие симптомы болезни.
2. Дизурические явления (учащенное, болезненное мочеиспускание, недержание мочи). Дизурия может быть первым и единственным проявлением заболевания. Появление дизурии может быть связано с присоединением инфекции, хронической задержкой мочи.
3. Инфекция мочевых путей.
4. Боли в надлобковой области. Первоначально они связаны с актом мочеиспускания, а в последующем становятся постоянными.

35

Клинические признаки заболевания

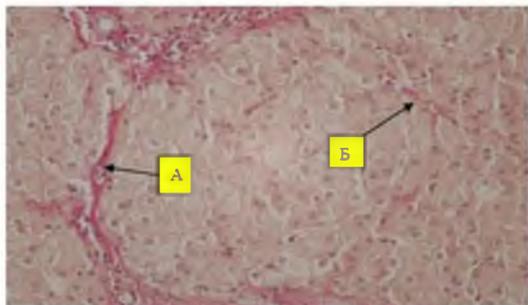
5. Присоединяются боли в промежности, в области крестца.
6. Уменьшается емкость мочевого пузыря. Мочеиспускание становится более частым и болезненным, а гематурия – более интенсивной и продолжительной.
7. Появляется анемия.
8. Симптомы сдавления мочеточников. При расположении опухоли в области устья мочеточника рост новообразования может привести к нарушению оттока мочи из верхних мочевых путей и развитию уретерогидронефроза. В таких случаях пациенты могут предъявлять жалобы на боль в подреберье и поясничной области.
9. Возможно развитие почечной недостаточности.



❑ Повторение заголовка допускается в случае, если это единый список, который не получается разместить в одном слайде. В этом случае нумерация сквозная цифровая.

Использование иллюстраций

Морфологические изменения печени



Морфологическое исследование ткани печени у ребенка 9 лет с болезнью Вильсона (окраска по Ван-Гизон, увеличение x400):

А - порто-портальная септа

Б - зоны перисинусолярного фиброза

Дополнительное
профессиональное образование



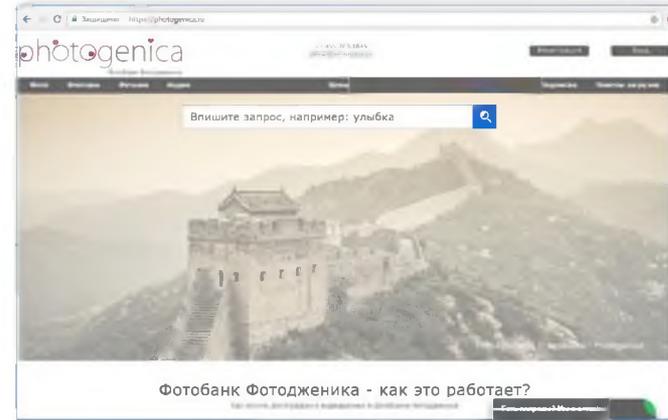
Минздрав России

- ❑ **Текст Учебной презентации рекомендуется сопровождать картинками** тематического и общего характера для улучшения восприятия информации и наглядности представленного материала. Используются картинки и фотографии без каких-либо лишних надписей. Тематические картинки и фотографии должны соответствовать информации на слайде.

- ❑ На картинках, иллюстрирующих учебную презентацию, **НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ** изображения лиц, названий препаратов, названий торговых марок.

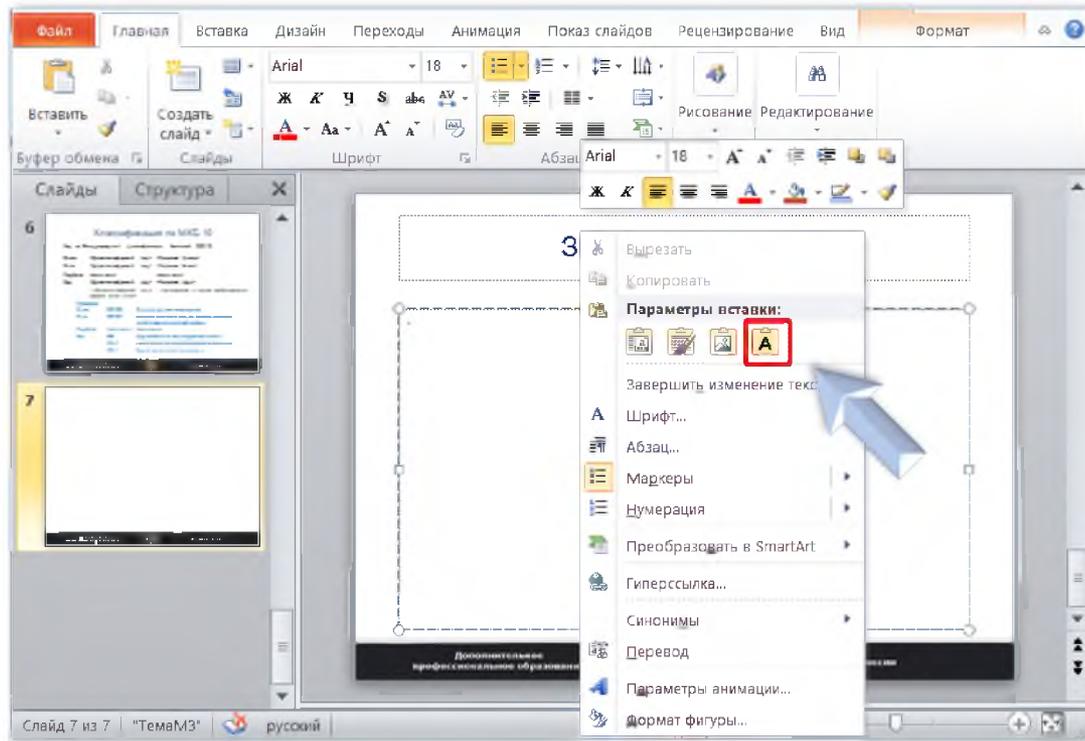
Использование иллюстраций

- 1) Из фотобанков pressfoto.ru и photojenica.ru



- 2) Личные иллюстрации автора или кафедры - к материалам ИОМ прикладывается письменное подтверждение за подписью автора (руководителя кафедры).
- 3) Картинки или фотографии взяты из конкретного авторского ресурса (издания) - в обязательном порядке необходимо указать автора и источник с выходными данными для возможности проверки;
- 4) Иллюстрации (фото) физического лица – автор материалов ИОМ предоставляет письменное согласие этого физического лица на использование его продукции на ресурсах Портала;
- 5) Наличие прототипа иллюстрации, которую нужно добавить в презентацию - автор ИОМ указывает, в каком месте презентации «хотел бы разместить иллюстрацию какого плана» (комментарий описательного характера).

Формировании текста слайда



- При формировании текста слайда учебной презентации текст переносится методом копирования. Для того, чтобы текст форматировался по шаблону, нужно его выделить, скопировать и вставить в блок «Текст слайда». Для этого установите курсор в любую часть блока и нажать правую кнопку мыши, в выпавшем меню выбрать иконку параметров вставки текста «сохранить только текст».

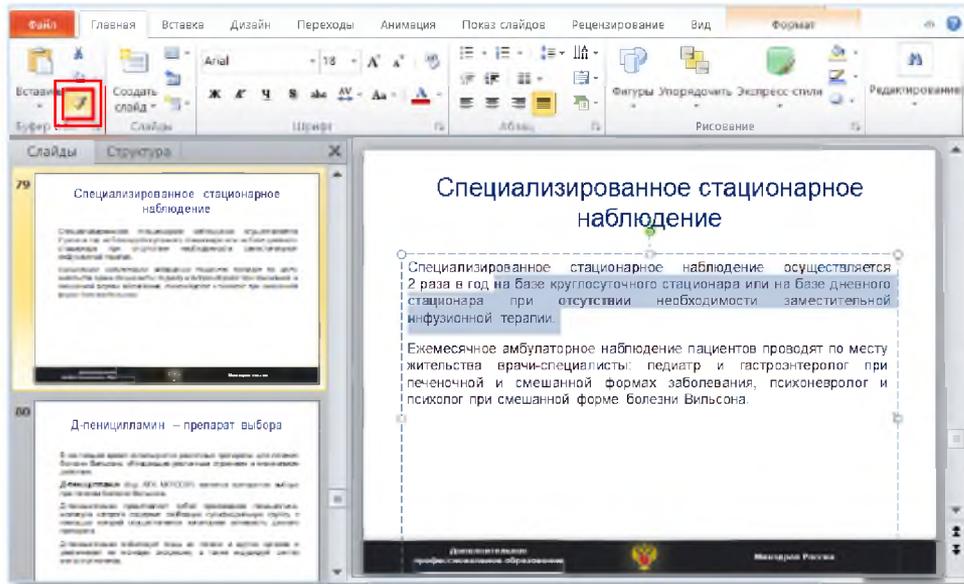
Полезно знать при создании презентации

Обратите внимание на несколько полезных функциональных возможностей при создании Учебной презентации:

- формат по шаблону;
- центровка элемента на слайде;
- обрезка изображений;
- использование элементов анимации.

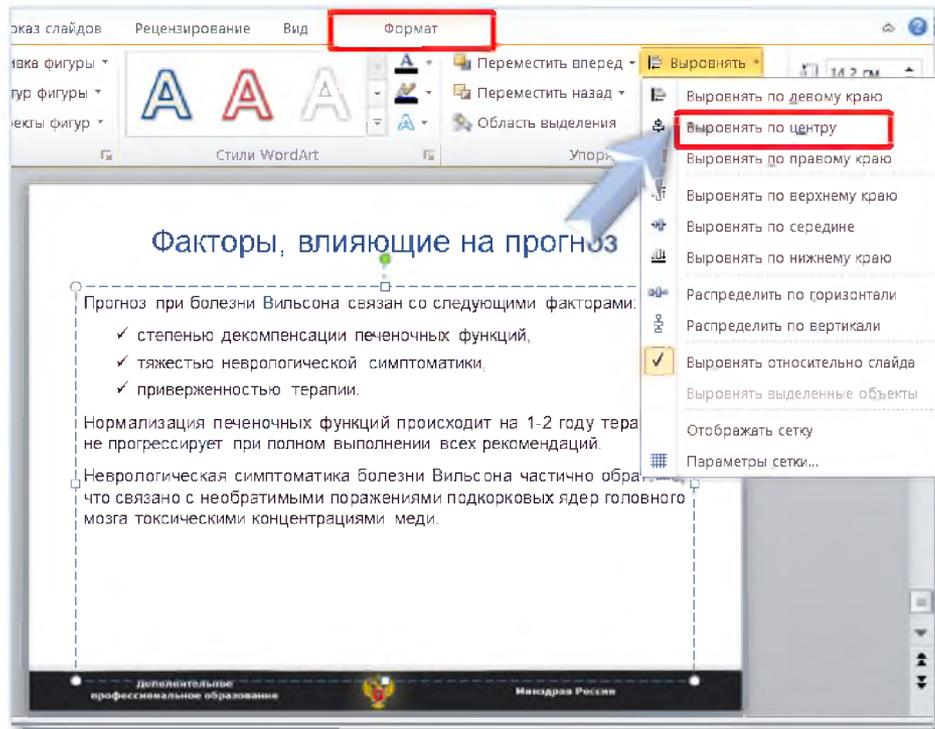


Форматирование по образцу



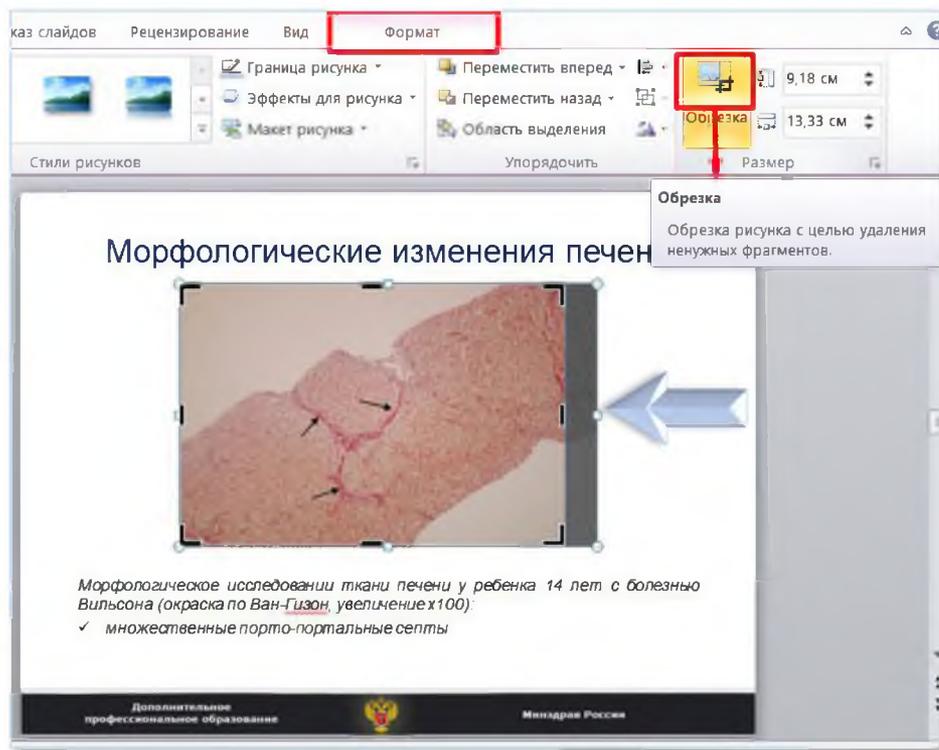
1. Выделить образец, по аналогии с которым нужно отформатировать другой элемент на слайде (например, текст или таблица).
2. Нажать на вкладке **«Главная»** кнопку **«Формат по образцу»**.
3. Выделить элемент, который нужно отформатировать.

Центровка элемента на слайде



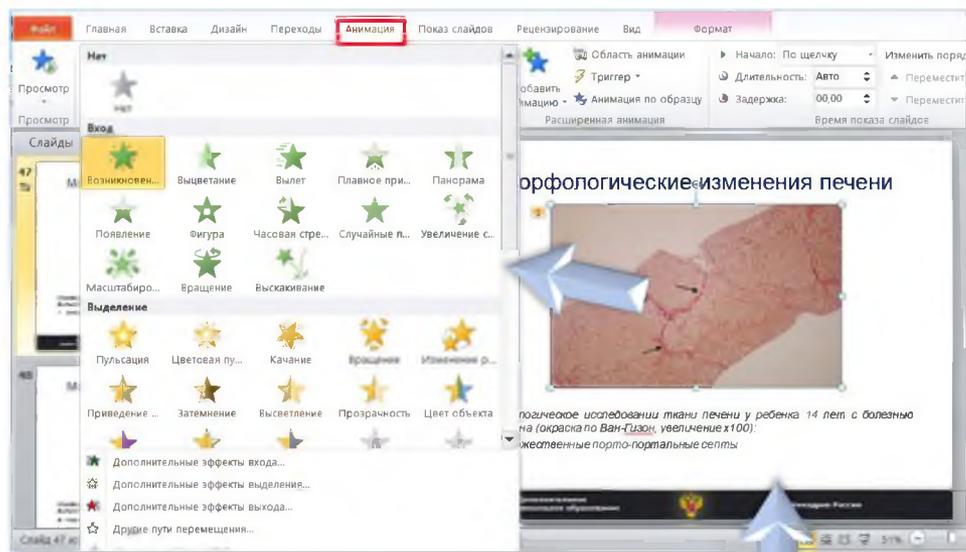
□ На вкладке «**Формат**» выбор кнопки «**Выровнять**» позволяет сделать центровку выбранного элемента на слайде. Это может быть текстовая надпись, рисунок, таблица, текст и заголовки слайда.

Обрезка изображений



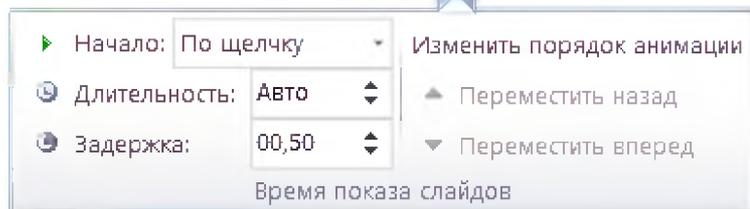
- ❑ На вкладке «**Формат**» выбор кнопки «**Обрезка**» позволяет обрезать лишние элементы рисунка, расположенного непосредственно на слайде.
- ❑ После нажатия кнопки нужно **переместить** появившиеся **рамки** в нужном ракурсе.
- ❑ Затем **повторно** нажать кнопку «**Обрезка**». Лишняя часть будет удалена.

Возможности анимации



Элементы анимации могут украсить Учебную презентацию.

- ❑ Выделите элемент на слайде (рисунок, текст, элемент схемы) и выберите вкладку «Анимация».
- ❑ Далее можно выбрать эффект анимации и настроить порядок их воспроизведения.



Несколько примеров неправильного оформления учебной презентации



Неправильное и правильное оформление

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ определение

ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки (СО) дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии.

«Клинические рекомендации по ГЭРБ». Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация (РГА) 2017»

Дополнительное
профессиональное образование



Минздрав России



ПРАВИЛЬНО:

- ✓ заголовок – шрифт 32, обычный
- ✓ текст слайда – шрифт 18, выровнен по ширине
- ✓ источник – шрифт (Arial)

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: определение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки (СО) дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных - цилиндроклеточной метаплазии.

«Клинические рекомендации по ГЭРБ». Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация (РГА) 2017»

Дополнительное
профессиональное образование



Минздрав России

НЕПРАВИЛЬНО:

- ✓ заголовок – шрифт (стиль, размер);
- ✓ текст слайда – шрифт, расположение;
- ✓ источник – шрифт (Tahoma).

Неправильное и правильное оформление

НЕПРАВИЛЬНО



ПРАВИЛЬНО

- ❑ По одноименным слайдам тяжело найти информацию в самой презентации. Исключение составляет неразрывный список.
- ❑ Слайд содержит какую-то ключевую мысль, которую всегда можно выделить

6 Первые описания психических расстройств, вызванных тяжелыми психическими травмами (вторая половина 19 века – начало 20 века)

психическими травмами и сходными с современными ПТСР, относятся ко второй половине 19 века. В 1867 г. J.E.Eichsen (хирург) в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы» излагает симптоматику психических нарушений у лиц, пострадавших в результате железнодорожных катастроф (длительные ощущения «душевного дискомфорта», сны с тягостными переживаниями катастрофы, расстройства памяти, внимания и т.д.). В 1871 г. Da Costa описывает «синдром солдатского сердца» с ведущими вегетативными проявлениями у солдат во время гражданской войны в Америке.

7 Первые описания психических расстройств, вызванных тяжелыми психическими травмами (вторая половина 19 века – начало 20 века)

Первые описания психических расстройств, вызванных тяжелыми психическими травмами (вторая половина 19 века – начало 20 века). Клиническое описание включало полиморфные тревожно-депрессивные и вегетативно-сосудистые проявления в сочетании с угнетением рефлексов. Взгляды этого ученого на патогенез расстройства совпали с точкой зрения Ж.-М. Шарко (1855), который к тому времени создал учение об истерии как о своеобразной болезни нервной системы, зависящей от влияния эмоций, но имеющей микрорганическую основу и характеризующейся наличием симптомов двух категорий: постоянных «стигматов» (угнетение болевой чувствительности, конъюнктивального и глоточного рефлексов, сужение полей зрения) и преходящих нарушений (параличи, контрактуры, мутизм, припадки и т.п.), т.е. расстройств, которые вскоре З. Фрейд назвал «конверсионными». На патофизиологический подход Шарко и Оппенгейма повлиял P. Janet (1892), создавший теорию подсознательных психологических механизмов истерии, формирование которых определяет «невротическое предрасположение», внушаемость пациентов.

8 Первые описания психических расстройств, вызванных тяжелыми психическими травмами (вторая половина 19 века – начало 20 века)

6 Первые описания психических расстройств, вызванных тяжелыми психическими травмами

Первые описания психических расстройств, вызванных тяжелыми психическими травмами и сходными с современными ПТСР, относятся ко второй половине XIX века.

В 1867 г. J.E.Eichsen (хирург) в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы» излагает симптоматику психических нарушений у лиц, пострадавших в результате железнодорожных катастроф (длительные ощущения «душевного дискомфорта», сны с тягостными переживаниями катастрофы, расстройства памяти, внимания и т.д.).

В 1871 г. Da Costa описывает «синдром солдатского сердца» с ведущими вегетативными проявлениями у солдат во время гражданской войны в Америке.

7 Появление термина «травматический невроз»

Термин «*травматический невроз*» предложил в 1869 г. Н. Оррипелли клиническое описание включало полиморфные тревожно-депрессивные и вегетативно-сосудистые проявления в сочетании с угнетением рефлексов. Взгляды этого ученого на патогенез расстройства совпали с точкой зрения Ж.-М. Шарко (1855), который к тому времени создал учение об истерии как о своеобразной болезни нервной системы, зависящей от влияния эмоций, но имеющей микрорганическую основу и характеризующейся наличием симптомов двух категорий: *постоянных «стигматов»* (угнетение болевой чувствительности, конъюнктивального и глоточного рефлексов, сужение полей зрения) и *преходящих нарушений* (параличи, контрактуры, мутизм, припадки и т.п.), т.е. расстройств, которые вскоре З. Фрейд назвал «конверсионными».

На патофизиологический подход Шарко и Оппенгейма повлиял P. Janet (1892), создавший теорию о подсознательных психологических механизмах истерии, формирование которых определяет «невротическое предрасположение», внушаемость пациентов.

8 Попытки объяснить причину травматического невроза

Психоаналитическую трактовку психогенной поддержки многие

Неправильное и правильное оформление

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЦ С ПТСР

- В исследованиях Г.А. Фастовцова (2003-2006) систематизированы различные формы временных психических расстройств, составляющих медицинский критерий невменяемости у лиц с «типичным» посттравматическим стрессовым расстройством. В частности, с учётом специфических особенностей феноменологического оформления и в зависимости от характера изменения сознания в период совершения агрессивных криминальных действий обследуемые были разделены на пять основных групп. Первые три группы объединены наличием транзиторных психотических расстройств, две другие не имели признаков психоза:
- 1) состояния с сумеречным помрачением сознания, при которых пусковым механизмом явился интоксикационный фактор, как правило, алкогольное опьянение (по типу патологического прозоночного состояния, патологического опьянения, сумеречного состояния сознания вне рамок психической болезни);
- 2) сумеречные состояния, видимым пусковым механизмом которых являлись психические травмы (по типу патологического аффекта, реакции короткого замыкания);
- 3) психотические состояния с бредовым изменением сознания, развившиеся в результате воздействия сочетанных экзогенных факторов (психогенных, интоксикационных) в виде острых параноидных состояний;
- 4) облигатная и факультативная симптоматика ПТСР оказывала существенное влияние на криминальную агрессию, что ограничивало способность подэкспертного в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими;
- 5) облигатная симптоматика ПТСР не оказывала влияния на криминальную агрессию в момент инкриминируемых деяний и не ограничивала способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

НЕПРАВИЛЬНО



ПРАВИЛЬНО

Формы временных психических расстройств, составляющих медицинский критерий невменяемости у лиц с ПТСР

В исследованиях Г.А. Фастовцова (2003-2006) систематизированы различные формы временных психических расстройств, составляющих медицинский критерий невменяемости у лиц с «типичным» посттравматическим стрессовым расстройством. В частности, с учётом специфических особенностей феноменологического оформления и в зависимости от характера изменения сознания в период совершения агрессивных криминальных действий обследуемые были разделены на пять основных групп. Первые три группы объединены наличием транзиторных психотических расстройств, две другие не имели признаков психоза:

- 1) состояния с сумеречным помрачением сознания, при которых пусковым механизмом явился интоксикационный фактор, как правило, алкогольное опьянение (по типу патологического прозоночного состояния, патологического опьянения, сумеречного состояния сознания вне рамок психической болезни);

Дополнительное профессиональное образование
Минздрав России

Формы временных психических расстройств, составляющих медицинский критерий невменяемости у лиц с ПТСР

- 2) сумеречные состояния, видимым пусковым механизмом которых являлись психические травмы (по типу патологического аффекта, реакции короткого замыкания);
- 3) психотические состояния с бредовым изменением сознания, развившиеся в результате воздействия сочетанных экзогенных факторов (психогенных, интоксикационных) в виде острых параноидных состояний;
- 4) облигатная и факультативная симптоматика ПТСР оказывала существенное влияние на криминальную агрессию, что ограничивало способность подэкспертного в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими;
- 5) облигатная симптоматика ПТСР не оказывала влияния на криминальную агрессию в момент инкриминируемых деяний и не ограничивала способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Дополнительное профессиональное образование
Минздрав России

- ❑ Удобство подачи информации – одно из главных правил при создании материала. Мелкий шрифт, сильно насыщенный слайд тяжело читается, особенно на небольших экранах.

Неинформативность слайда

Эффективность/безопасность современных методов лечения внутриматочной патологии

Эффективность (100%)

Гистерэктомия
Миомарезекция шейвер
Резекция эндометрия

Мирена
Гормон
ЭМ

ЭМА(миома)

Выс

Дополнительное профессиональное образование



Органосберегающие подходы в лечении внутриматочной патологии

Актуальны в репродуктивном, пре- и постменопаузальном периодах.



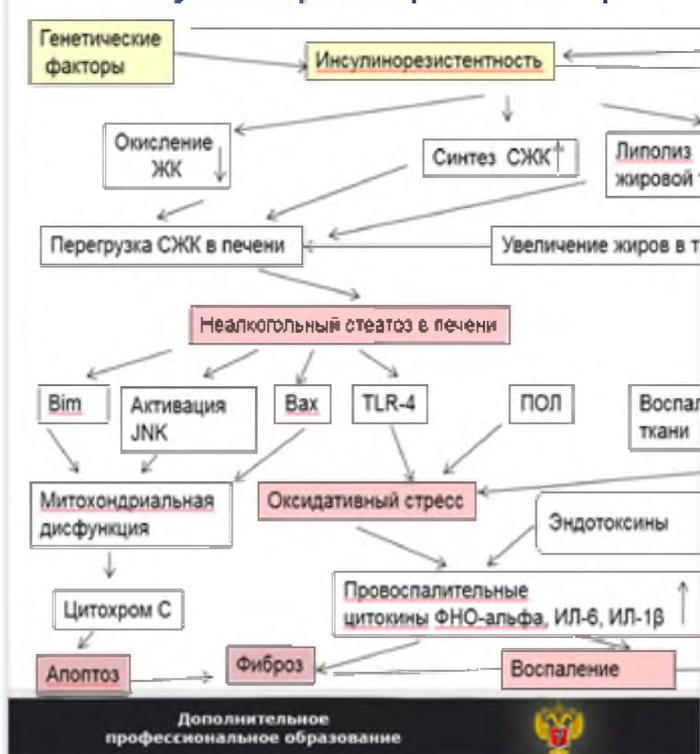
Дополнительное профессиональное образование



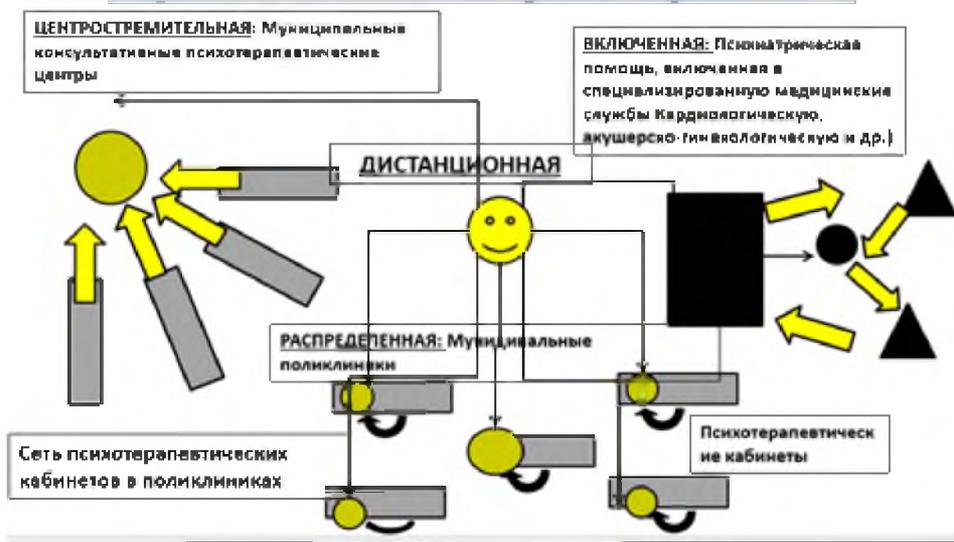
Минздрав России

Развалившиеся схемы

Мультифакторные «параллельные удары»



Организационные формы психотерапевтической службы в первичном звене здравоохранения



Нечитаемая информация

Комплексная гериатрическая оценка

Заключение врача-гериатра включает:

Результаты оценки
здоровья и
социального
статуса

Анамнез: условия жизни, качество питания, Сгд помощи, отношение к старости, жизненные прих
Физический статус: выявление гериатрических недердержка мочи, мальнутриции, снижение физ
Функциональный статус: оценка базовой и интесты для оценки мобильности, определение м
Нейропсихическое исследование: выявление дефицит, деменция, депрессия), психологичес
Социальный статус: выявление социальной рс условия проживания, потребность социальной п

Индивидуальный
план ведения

Рекомендации по диете, физической активности обустройству быта, необходимости адаптивных быть даны рекомендации для семьи или опекуна пожелам пациентам

Дополнительное
профессиональное образование



Соответствие между определением по клинической шкале «хрупкости» (CSHA) и математическим индексом «ХРУПКОСТИ»

Table 1: Distribution of frailty attributes by category of the Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale*

Characteristic	1 Very fit	2 Well	3 Well, with treated comorbid disease	4 Apparently vulnerable	5 Mildly frail	6 Moderately frail	7 Severely frail
Patients, no.	216	260	476	249	305	497	194
Age, mean (SD), yr	80.3 (5.9)	83.0 (6.8)	82.4 (6.3)	83.7 (6.2)	86.4 (6.5)	87.4 (6.7)	88.1 (7.1)
Education, mean (SD), grade	9.8 (4.1)	9.9 (4.2)	9.6 (4.1)	8.8 (3.7)	9.7 (4.1)	9.4 (3.9)	9.1 (3.8)
Women, %	51.8	58.5	57.1	56.2	64.6	68.6	80.4
No cognitive impairment, %	75.9	63.1	57.1	39.1	18.7	9.7	1.0
Cognitive impairment, no dementia, %	20.4	29.2	34.9	45.4	39.7	21.5	5.8
Dementia, %	3.7	7.7	8.0	15.2	41.6	68.8	93.2
With falls, %	13.0	20.8	24.6	40.4	45.9	48.7	31.4
With urinary incontinence, %	8.3	12.1	17.2	26.4	31.8	60.4	92.8
With impaired mobility, %	0.9	0.8	5.2	18.3	37.7	57.9	68.4
Modified Mini-Mental State Examination, mean score* (SD)	87.1 (9.9)	82.8 (13.9)	83.2 (12.7)	79.1 (13.3)	70.2 (17.7)	56.2 (22.2)	31.9 (23.0)
Cumulative Illness Rating Scale, mean score (SD)	1.8 (1.9)	2.5 (2.3)	4.9 (2.8)	6.2 (3.1)	6.4 (3.9)	7.0 (4.0)	6.4 (4.7)
CSHA measurement tools							
Rule-based frailty definition, mean score (SD)	0.72 (1.04)	1.14 (1.08)	1.34 (1.08)	1.90 (0.95)	2.45 (0.71)	2.82 (0.40)	2.94 (0.23)
Frailty Index, mean score (SD)	0.09 (0.09)	0.12 (0.06)	0.16 (0.07)	0.23 (0.08)	0.27 (0.09)	0.36 (0.09)	0.43 (0.09)
Function Scale, mean score (SD)	0.05 (0.32)	0.11 (0.18)	0.15 (0.19)	0.27 (0.22)	0.45 (0.24)	0.71 (0.24)	0.87 (0.18)

* Mean (SD) for Frailty Index, Mean (SD) for Function Scale. Higher scores indicate poorer health.

Rockwood K, 2005

Дополнительное
профессиональное образование



Миндрав России

Основы создания контрольно-измерительных материалов

Определения

- **Тестирование** — это исследовательский метод, который позволяет выявить уровень знаний, умений и навыков, способностей и других качеств личности, а также их соответствие определенным нормам путем анализа способов выполнения испытуемым ряда специальных заданий.
- **Тест** — это объективное и стандартизированное измерение, легко поддающееся количественной оценке, статистической обработке и сравнительному анализу.
- **Тестовое задание** – единица теста. Это задание, которое состоит из инструкции для учащихся, текста задания (вопроса), имеет однозначный правильный ответ и может быть охарактеризован набором показателей.

Требования к тестовым заданиям

Минимальные требования к тестовым заданиям заключаются в наличии трех обязательных составляющих:

1. Инструкции для испытуемого - должна содержать указания на то, **ЧТО** испытуемый должен сделать, **КАКИМ ОБРАЗОМ** выполнять задание.
2. Текста задания (вопроса) представляет собой содержательное наполнение задания. При составлении заданий надо стремиться к четкости, ясности, лаконичности формулировок.
3. Правильного ответа (одного или нескольких) - обязательный атрибут любого тестового задания. Без него задание теряет смысл, поскольку не может быть точно проанализировано и оценено.

Тестовые задания должны:

- ✓ соответствовать содержанию учебного материала;
- ✓ быть составлены с учетом соответствующих правил;
- ✓ быть проверены на практике (апробированы);
- ✓ быть ясны испытуемому.

Задания множественного выбора

Задания множественного выбора - это основной вид заданий, применяемый в тестах. Они предполагают наличие вариативности в выборе.

Оптимальное количество альтернатив – это 3-5.

В заданиях множественного выбора количество правильных ответов не ограничивается.

Поиск правдоподобных однородных ответов составляет основную трудность для разработчиков тестовых заданий множественного выбора.

Правила формулирования тестовых заданий

1. **Лаконичность формулировок:** При формулировке заданий надо стремиться к четкости, ясности, лаконичности формулировок и однородности ответов.
2. **Однородность ответов:** Однородность ответов предполагает их принадлежность к одной категории, области, типу характеристик и т.п..

Орфография и пунктуация

Важно следить за орфографией и пунктуацией в формулировке задания.

Тестовое задание может состоять из вопросительного предложения и вариантов ответа на него, **или утвердительного предложения**, которое надо продолжить выбором верного ответа.

- *В тексте задания в виде утвердительного предложения, которое надо продолжить ответом, знак препинания в конце не ставится.*
- *Двоеточие в формулировке текста задания ставится после обобщающего слова, когда подразумевается фраза «а именно».*
- *Текст задания в виде вопросительного предложения заканчивается знаком вопроса.*

Необходимо следить за склонением и спряжением в тестовых заданиях и ответах на них. **Число, род, падеж должны совпадать** в формулировке текста задания и вариантах ответов на него.

Правила формулировки задания (вопроса)

✓ *Утвердительная форма задания*

Необходимо **формулировать задания в утвердительной форме, а не в повелительном наклонении**. Постарайтесь отказаться от формулировок «дайте характеристику», «укажите», «перечислите», «дайте правильный ответ», «назовите» и т.п., кроме ситуаций, когда надо выбрать правильную комбинацию ответов.

✓ *Выбор неправильного ответа*

НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ, чтобы тестовое задание было направлено на выбор неправильного ответа. Целью тестового задания должен быть выбор правильного ответа. Задание формулируется без частиц «НЕ» и фраз «ничего, кроме», «всё, кроме» и т.п. При возможности отрицание следует заменять на «исключает» или тестовые задания с несколькими правильными ответами.

Характеристики ответов

ВАЖНО при формулировке ответов соблюдать следующие условия:

Ответы должны быть:

- внятными и полными;
- однородными;
- примерно одинаковой длины;
- **равновероятно привлекательными для испытуемого, не знающего верный ответ;**
- лаконичными, **завершенными и отточенными по формулировке;**
- в заданиях с множественным выбором хотя бы один, а лучше больше вариантов ответов должны быть неправильными.

Пример лаконичности формулировок в ответах

НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

Перечислите основные критерии постановки диагноза, приобретенного (вторичного) иммунодефицита?

- данные иммунологического анамнеза
- наличие клинических симптомов, отражающих заинтересованность иммунной системы (гипо- или гиперплазия лимфоузлов; спленомегалия или, наоборот, отсутствие селезенки, например, в результате ее удаления после травмы; увеличение размеров тимуса при тимоме и т.п.)
- наличие хронических бактериальных, вирусных, грибковых заболеваний, трудно поддающихся традиционной терапии
- изменения в иммунограмме, которые затрагивают разные звенья иммунной системы и не носят постоянного характера

РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. Вторичный иммунодефицит может развиваться вследствие:

- резекции поджелудочной железы
- резекции селезенки
- тимомы
- феохромоцитомы

2. Для приобретенных иммунодефицитов характерно наличие в анамнезе

- хронических бактериальных инфекций
- аутоиммунных заболеваний
- хронических грибковых заболеваний
- аллергических заболеваний

3. Изменения в иммунограмме при вторичных иммунодефицитах (выберете наиболее полный и верный вариант ответа):

- постоянные и затрагивают разные звенья иммунитета
- временные и затрагивают только гуморальное звено иммунитета
- не постоянные и затрагивают разные звенья иммунитета
- не постоянные и затрагивают только Т-клеточное звено

Интерактивный контроль эффективности освоения ИОМ

Все контрольно-измерительные материалы тематического ИОМ должны быть основаны на информации, представленной в Учебной презентации, и включать банк тестовых заданий, единый для проведения предварительного и итогового тестирования, и банк интерактивных ситуационных задач.

Лечение глюкокортикостероидными препаратами системного действия

1. Глюкокортикостероиды

– преднизолон, таблетки, 5 мг 3-4 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней

или

– бетаметазон, таблетки, 1 мг 2-3 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней

или

– дексаметазон, таблетки, 0,5 мг 3-4 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней

или

– преднизолон, раствор для инъекций, 5 мг 3-4 раза в сутки внутривенно в течение 7-10 дней

или

– бетаметазон, раствор для инъекций, 1 мг 2-3 раза в сутки внутривенно в течение 7-10 дней

или

– дексаметазон, раствор для инъекций, 0,5 мг 3-4 раза в сутки внутривенно в течение 7-10 дней

Дополнительное профессиональное образование Минский филиал

Лечение антималарийными препаратами в качестве системной терапии

2. По мнению большинства специалистов, антималарийные препараты не являются препаратами выбора для лечения красного плоского лишая.

3. Для купирования зуда назначают один из антигистаминных препаратов 1-го поколения, который используют, как пероральные препараты в инъекционных формах, с последующей сменой антигистаминного препарата.

– мебгидролин, таблетки, драже 100 мг 2-3 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней

или

– клемастин, таблетки, сироп, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 1 мг 2-3 раза в сутки перорально или внутримышечно в течение 7-10 дней

или

– ципрогептадин, таблетки, сироп 4 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней.

Кроме того, с целью уменьшения зуда может назначаться нейролептик обладающий Н₁-блокирующей активностью – гидроксизин, таблетки 25-100 мг в сутки перорально в течение 28 дней.

Дополнительное профессиональное образование Минский филиал

27 17

Назад Справка

Завершить тестирование

К списку вопросов

Вопрос

Выберите один правильный ответ

В качестве основной терапии красного плоского лишая применяют

А. глюкокортикостероиды

В. антигистаминные препараты

С. ципрогептадин

D. таблетки

E. антималарийные препараты

Основы разработки интерактивных ситуационных задач

Интерактивные ситуационные задачи

Клинические интерактивные ситуационные задачи (ИСЗ) представляют собой клинические ситуации, в которых медицинский **специалист должен продемонстрировать умение принимать решения** по диагностике, тактике ведения и лечению пациента на определенном этапе лечебно-диагностического процесса.

Возможности современных информационных технологий позволяют организовать интерактивный режим работы с такой ситуационной задачей, что делает возможным более наглядно моделировать клинические ситуации, в том числе моделируя «виртуального пациента».

Аспекты работы с интерактивными ситуационными задачами

Интерактивная ситуационная задача может являться:

- **видом контрольно-измерительных материалов**, которые создаются в рамках разработки интерактивного образовательного модуля (ИОМ) для дистанционного обучения медицинских специалистов;
- **видом учебного материала** в рамках ИОМ;
- **самостоятельным ИОМ.**

Элементы интерактивной ситуационной задачи

Клинические интерактивные ситуационные задачи включает в свой состав следующие **обязательные элементы**:

- ✓ условие задачи (описание клинической ситуации);
- ✓ тестовые задания (вопросы) с вариантами ответов;
- ✓ балльная оценка правильности ответов.

Формулировка условия задачи

Условие задачи является информационным сообщением, которое предлагается специалисту для внимательного ознакомления и не требует ответа.

Оно должно быть сформулировано чётко, полно и ясно, потому что, опираясь на заданные условия, специалист должен будет решить набор тестовых заданий.

Условие задачи может сопровождаться иллюстрациями: фотографиями, рентгенограммами, электрокардиограммами и т.п.



Структурированный вид условия задачи

Текст условия задачи необходимо структурировать.

Обязательно выделить раздел «Клиническая ситуация».
Остальные разделы в соответствии с содержанием задачи.
Например:

- 1) жалобы в настоящее время,
- 2) данные анамнеза,
- 3) данные физикального обследования,
- 4) данные лабораторных исследований (*с указанием названия метода исследования, результатов и единиц измерения*),
- 5) данные инструментальных исследований (*с указанием названия метода исследования и описания полученных результатов*).

Формат представления условия задачи

Все материалы по условию ИСЗ предоставляются автором в виде таблицы утвержденного формата:

Разделы	Текст условия задачи	Название файла с иллюстрацией (файлы <u>предоставляются</u> отдельно)
Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время	Пациентка П., 30 лет, на приеме у врача общей практики. Жалоб не предъявляет.	
Анамнез заболевания	Женщина обеспокоена тем, что у ее матери диагностирован рак молочной железы. Хочет проконсультироваться у врача как ей себя вести.	
Анамнез жизни	Хронические заболевания отрицает.	
Данные физикального обследования	При осмотре молочные железы симметричны, кожные покровы обычной окраски, область вокруг сосков не изменена, выделений из сосков нет. При пальпации молочных желез узловых образований, уплотнений не определяется. Периферические лимфоузлы (подмышечные, над- и подключичные) не пальпируются. Объективные данные по органам и системам без особенностей.	
Данные лабораторных исследований	нет	
Данные инструментальных исследований	нет	
Дополнительная информация	нет	

Представление иллюстративных материалов

Иллюстративный материал должен быть представлен отдельными файлами формата (jpg, png) хорошего качества и достаточного размера в Кбайт (не менее 300 Кбайт), в таблице с условием задачи должно быть указано название соответствующего файла с иллюстрацией.

Разделы	Текст условия задачи	Название файла с иллюстрацией (файлы предоставляются отдельно)
Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время	По назначению врача общей практики пациенту проведена электрокардиография в 12-ти отведениях. Проанализируйте электрокардиограмму.	SZ_№1_EKG
Анамнез заболевания		
Анамнез жизни		
Данные физикального обследования		

Тестовые задания к ситуационной задаче

Важной неотъемлемой составляющей клинической интерактивной ситуационной задачи являются тестовые задания, которые требуют от специалиста активного действия, т.е. выбора правильного решения из предложенного перечня.

Каждая ИСЗ должна содержать **не менее 5-ти тестовых заданий**, касающихся сути анализируемой ситуации (заключения о состоянии пациента, заключения по результатам инструментально-лабораторных методов исследования, формулировки диагноза, назначения дополнительных обследований, лечения и т.п.).

Представление тестовых заданий с вариантами ответов

Список тестовых заданий (вопросов)

Линейный сценарий ИСЗ

- Описание ситуации;
- Все необходимые данные о пациенте;
- Результаты исследований

- Все вопросы тестовой части

- Количество набранных баллов

Ситуационная задача

Девочка 9-ти лет с точки зрения родителей имеет избыточный вес. Родители, учитывая то, что одноклассники дразнят ее «толстушкой», просят прописать дочери диету.

Общий осмотр

Объективно при осмотре: рост 132 см, вес 35 кг.

Кожные покровы со стриями в области ягодиц и живота.

Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная.

Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Лабораторная диагностика

Общий анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb 124 г/л, тромбоциты $220 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$: п/я 2%, с/я 50%, лимфоциты 45%, моноциты 4%, эозинофилы 1%.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, глюкоза - abs, белок - abs, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты - abs, переходный эпителий - единичный, слизь - немного.

Вопросы

В каком возрастном периоде находится девочка?

Какие диетические рекомендации следует дать родителям девочки?

Ветвящийся сценарий ИСЗ



О вопросах с множественным выбором правильного ответа

Возможны два подхода к оцениванию ответа на такой вопрос:

1) Баллы начисляются в случае обязательного указания ВСЕХ правильных ответов, например,

Укажите необходимые дополнительные методы обследования (множественный выбор, 10 баллов)

*1: Липидный спектр крови**

2: УЗИ органов брюшной полости

*3: МРТ головного мозга**

4: Рентгенография органов грудной клетки

*5: Нейropsychологическое тестирование**

О вопросах с множественным выбором правильного ответа

2) Баллы начисляются ЗА КАЖДЫЙ правильно данный ответ.

В этом случае балльная оценка указывается рядом с каждым правильным ответом, например,

Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить? (множественный выбор)

1: Электрокардиография в покое (1 балл)*

2: Электрокардиография с нагрузкой (4 балла)*

3: МРТ сердца и сосудов

4: Коронароангиография (4 балла)*

5: Эхокардиография в покое (1 балл)*

**ИОМ разной сложности.
Инструкции и шаблоны для
разработки материалов**

Категории сложности интерактивных образовательных модулей

0 категория	Видеозапись очного образовательного мероприятия
1 категория	ИОМ типа ЭОК по клиническим рекомендациям
2 категория	ИОМ типа ЭОК с учебным материалом в виде текстового документа или учебной презентации без видео- и/или аудиокомпонентов
3 категория	<ul style="list-style-type: none">• ИСЗ <i>с ветвящимся сценарием</i>;• ИОМ <i>типа ЭОК</i> с материалом в виде учебной презентации<ul style="list-style-type: none">✓ с ИСЗ;✓ с видео- и/или аудиокомпонентами,✓ без видео- и/или аудиокомпонентов со сложной архитектурой;✓ в виде видео- и/или аудиолекции

Категории сложности интерактивных образовательных модулей

4 категория	<ul style="list-style-type: none">• ИОМ <i>типа ЭОК</i> с материалом в виде учебной презентации:<ul style="list-style-type: none">✓ с ИСЗ со сложной архитектурой;✓ с видео/аудиокомпонентом со сложной архитектурой;✓ с видео/аудиокомпонентом и ИСЗ;✓ с видеокомпонентом в виде учебного фильма (менее 20 мин.)
5 категория	<ul style="list-style-type: none">• <i>ИОМ типа ЭОК</i> с материалом в виде учебной презентации с ИСЗ, видео/аудиокомпонентами со сложной архитектурой;• <i>учебный фильм</i> (более 20 мин.);• интерактивная симуляционная <i>игра</i>