Сценарий

**для проведения практического занятия с элементами командного метода обучения (TBLTeam-basedlearning) у бакалавров 5-го курса факультета “Общая медицина», по дисциплине «Детские болезни в работе врача общей практики», на тему: «Особенности наблюдения детей с острыми и хроническими расстройствами питания, аномалиями конституции в амбулаторных условиях»**

Занятие начинается с приветствия преподавателя и организационных моментов (проверка посещаемости). Затем преподаватель предлагает провести занятие по интерактивному методу, называемомукомандным методом обучения **(**TBL- Team-basedlearning).

**Целью** проведения занятия по интерактивному методу**«**Team-basedlearning**»**возникает позитивная зависимость учащихся друг от друга: взаимное обучение, сотрудничество, обучение учащихся поиску основной информации, они учатся ответственности и работе в коллективе.

Основные этапы занятия с применением командного метода обучения(КМО):

1. Чтение заданного материала (до занятия) – самостоятельное изучение (интернет-сайты, библиотека)

2. Формирование команд

3. Индивидуальное тестирование – 20 тестовых заданий, составленных по MCQ - 20 мин (приложение 1) – для оценки исходного уровня знаний

4. Групповое тестирование – 20 тестовых заданий, составленных по MCQ, которые используются для индивидуального тестирования, при этом бакалавры работают с литературой, предоставленной преподавателем - 40 мин

5. Групповая апелляция с обоснованием (команда обсуждает тестовые задания, при возникновении спорных вопросов – представляют обоснование, выступает представитель от каждой команды)

6. Обратная связь от преподавателя (разъяснение трудных вопросов)

7. Задание на применение (работа в малых группах по решению ситуационной задачи)

8. Презентация отчетов (в виде презентации PowerPoint)

9. Оценивание (самооценка, групповая оценка, определение вклада членов группы)

10. Заключение

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вне аудитории |  | | В аудитории 150 минут | | | | |
| Фаза 1 |  | | Фаза 2 | | | | Фаза 3 |
| Подготовка |  | | Контроль подготовленности | | | | Применение принципов предмета |
| Самостоятельное изучение (библиотека, интернет ресурсы) | | Формирование команд | Индивидуальный тест | Групповой тест | Командные аппеляции | Обратная связь преподавателя | Задания на применение  (работа в группах + презентация и общее обсуждение) |
| Неограниченное время | | 10 мин | 20 мин | 40 мин | 10 мин | 20 мин | 50 мин |

А. Формирование команд по шкале Колба (приложение 1)

Приложение 1

**Определение стилей обучения по моделиД.Колба**

**1. Я предпочитаю**   
**A. Практический опыт**   
**B. Обучаться путем размышления и обдумывания**

2. При принятии решения Я больше склоняюсь   
A. опираться на ощущения   
B. основываться на логических доводах

3. Я обучаюсь более эффективно

A   от моих коллег   
B. от преподавателей

4. Я люблю обучаться на

A.**Симуляторах**  
**B. Лекциях**

**5. Я лучше обучаюсь через**

**A. практикование**  
**B. применение теорий к гипотетическим ситуациям**

**6. Я хорошо запоминаю**

**A. факты.**   
**B. концепции**

7. Я лучше всего обучаюсь через

C. активное вовлечение в проекты  
D. наблюдение

8. Я бы предпочел

C. волонтерскую работу с трудными подростками   
D. почитать о трудных подростках

9. Я предпочитаю задания

C. Требующие работы над примерами   
D. Требующие размышления над ситуациями

10. Я лучше обучаюсь

C. участвуя в дискуссиях  
D. Слушая что говорят другие

11. Я чаще

C. быстро вовлекаюсь и делаю что-то новое  
D. прежде чем начать должен обдумать возможные последствия

12. Я лучше обучаюсь

C. делая   
D. наблюдая и размышляя

**Интерпретация**:

Количество

A\_\_\_\_\_\_\_\_ = конкретный опыт (КО)  
B\_\_\_\_\_\_\_\_ = абстрактная концептуализация (АК)  
C\_\_\_\_\_\_\_\_ = активное экспериментирование (АЭ)  
Д\_\_\_\_\_\_\_ = рефлективное наблюдение (РН)

**Рационалист** – converger - Люди с высоким значением В и С (абстрактная концептуализация и активное экспериментирование) convergentthinking - конвергентное мышление (поиск и объединение различных элементов, необходимых для решения одной задачи, которая имеет одно решение)– их сильная сторона - в практическом применении идей. Лучше всего чувствуют себя в ситуациях, где есть один правильный ответ или решение вопроса/проблемы. Могут фокусироваться на специфических проблемах или ситуациях.  Они относительно неэмоциональны, предпочитают работать с предметами, чем с людьми. Часто выбирают специальности – физика, инженерия, компьютерные науки.

**Эмпирик** - diverger – Высокое значение А и Д (конкретный опыт и рефлективное наблюдение)divergentthinking дивергентное мышление (поиск различных решений одной задачи или поиск самой задачи, которая должна быть решена)

Противоположны предыдущему типу. Сильные стороны креативность и воображение. Люди с таким стилем обучения способны рассматривать конкретные ситуации с различных точек зрения и генерировать много идей в мозговом штурме. Предпочитают работать с людьми и склонны быть мечтательными и эмоциональными. Чаще интересуются искусством и выбирают профессии гуманитарного профиля: консультант, специалист по организационному развитию, менеджер.

**Теоретик** – assimilator - высокий уровень В и Д (абстрактная концептуализация и рефлективное наблюдение). Сильные стороны – способность понимать и создавать теории. Такие люди отличаются индуктивным мышлением и способностью к синтезу (объединением различных идей и наблюдений в целое). Как рационалисты меньше заинтересованы в общении с людьми, предпочитают работать с абстрактными концепциями, но меньше беспокоятся о практическом применении теории. Для них важно чтобы теории были четкими и логически обоснованными; в случае когда теория или план не согласуется с фактами, ассимилятор скорее проигнорирует или перепроверит факты чем теорию. Такой тип обучения характерен для фундаментальных наук и математики, чем для прикладных наук, поэтому они чаще выбирают профессии связанные с исследованием и планированием.

**Практик**–accommodator- с высоким значением А и С (конкретный опыт и активное экспериментирование) Полностью противоположны ассимиляторам. Их сильная сторона в реализации планов и экспериментов и вовлечении в новые эксперименты. Они любят риск и проявляют себя в ситуациях требующих быстрых решений и адаптации. Если теория или план не вписываются в факты, они склонны отвергать их и пробовать что-нибудь другое. Они чаще решают проблемы путем интуитивных проб и ошибок, полагаясь больше на людей в качестве источника информации. Им легко в общении с людьми, но могут выглядеть нетерпеливыми и нахальными. Они успешны в практических областях, таких как бизнес или образование.   Они предпочитают деятельностные виды профессий – медсестра, преподаватель, маркетолог, продавец и т.д.

В каждой команде должно быть равное количество Рационалистов, Эмпириков, Теоретиков, Практиков.

Б. Пошаговая инструкция по проведению занятия TBL (командный метод обучения)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Этапы** | **Название** | Рекомендации | Хронометраж |
| **Шаг 1.** | **Введение** | Попросить написать имена на липкой ленте и приклеить бейджи (показать)  Озвучить тему занятия (слайд)  Рассказать, как будет проходить занятие (слайд по методике)  Рассказать про систему оценивания, показать форму оценки (слайд) | 5 мин |
| **Шаг 2.** | **Анкетирование** | Провести анкетирование для формирования команд | 5 мин |
| **Шаг 3.** | **Индивидуальное тестирование** | Раздать тесты с листами ответов  Пока пишут тест проверить анкету и сформировать группы (список в таблице) | 15 мин |
| **Шаг 4.** | **Групповое тестирование** | Посадить по группам согласно списка  Раздать 1 вариант теста по всем группам  Озвучить, что можно пользоваться литературой  Напомнить правила подачи апелляции  Озвучить, что в одном вопросе специально допущена ошибка, которую они должны найти (это вопрос на апелляцию)  Пока пишут групповой тест проверить результаты индивидуального тестирования, заполнить форму оценки  Результаты группового теста вписать в форму | 20 мин |
| **Шаг 5** | **Апелляция** | Спросить у кого есть апелляция  Ответить на апелляцию  Проставить баллы за апелляцию в форму оценки | 5 мин |
| **Шаг 6** | **Мини-лекция** | Ответить на вопросы  Дать пояснения по вопросам, вызвавшим затруднения,  Прояснить важные моменты | 15 мин |
| **Шаг 7** | **Перерыв** |  | 10 мин |
| **Шаг 8** | **Групповые задания сопутствующих факторов** | Раздать задачи на применение (все группам одинаковые)  Озвучить, что могут пользовать литературой  Озвучить, как они должны представить результат (написать на бумаге ответы) | 30 мин |
| **Шаг 9** | **Общая дискуссия** | Пригласить по 1 члену команды для оглашения результатов групповой работы  Начать обсуждение заданий: по каждому вопросу отдельно по порядку – зачитать вопрос (на слайде), дать по очереди каждой группе сказать их ответ  Стимулировать общую дискуссию: если ответы различаются, спросить: *кто хочет задать вопросы, кто не согласен, почему и т.д.*  Прийти к окончательному варианту ответа  Поставить оценку каждой группе, объяснить почему, вписать в форму | 10 мин |
| **Шаг 10** | **Подведение итогов** | Дать дополнительные баллы (если хотите) за командный дух, объяснить почему  Показать таблицу с оценками, огласить баллы  Спросить нет ли возражений | 10 мин |
| **Шаг 11** | **Заключение** | Сделать заключение: сказать какую тему вы разобрали, чему научились и т.д.  Спросить понравилась ли им методика, что понравилось, что нет (провести анкетирование)  Всех поблагодарить | 10 мин |

В. **Тестовые задания** (приложение 2)

Приложение 2

**Тестовыезадания**

**для проведения практического занятия с элементами командного метода обучения (TBLTeam-basedlearning) у студентов-бакалавров5-го курса обучения факультета “Общая медицина», по дисциплине «Детские болезни в работе ВОП», на тему: «Особенности наблюдения детей с острыми и хроническими расстройствами питания, аномалиями конституции в амбулаторных условиях»**

1. Ребенок 3 месяцев. Жалобы со слов мамы на беспокойство, нарушение сна. Из анамнеза: родился доношенный с весом 3200г., рост – 52см. Находится на грудном вскармливании. Объективно: кожа чистая, бледная. Зев спокоен. Подкожно-жировая складка дряблая. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. По органам без патологии. В настоящее время вес ребенка составляет - 4600 гр., рост - 61 см.

Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?

1.дефицит карнитина

2.паратрофия І степени

3.алиментарный маразм

4.дефицит незаменимых жирных кислот

5.+белково-энергетическая недостаточностьІ степени

2. Ребенок 3 месяцев. Родился доношенный с весом 3000гр., рост – 50 см. Находится на грудном вскармливании. В настоящее время вес ребенка составляет - 3800гр., рост - 59 см.

Какой индекс НАИБОЛЕЕ достоверно подтвердит диагноз?

1.осевой

2.Эрисмана

3.Пондерала

4.упитанности

5.+весо-ростовой

3. Мать с девочкой в возрасте 3 месяцев обратились в поликлинику с жалобами на беспокойство, плаксивость, редкое мочеиспускание. Из анамнеза: родилась с весом 3200 г. и ростом 51 см. Находится на грудном вскармливании. Объективно: вес – 4600 г., рост – 60 см. Кожа бледная, упругость, эластичность снижены. По органамбез патологии. При контрольном вскармливании -ребёнок высасывает 50 гр. молокаи остаётся беспокойным.

Какая НАИБОЛЕЕ вероятная частота осмотров детей с данной патологией?

1.ежедневно

2.еженедельно

3.+1 раз в 2 недели

4.1 раз в месяц

5.1 раз в квартал

4. Мать с мальчиком в возрасте 7 месяцев обратились в поликлинику с жалобамина беспокойство, беспричинный крик, редкое мочеиспускание. Из анамнеза: при рождении вес 3500г., рост 55см. Находится на грудном вскармливании. Объективно: вес - 7300г., рост – 71см. Кожабледная. Упругость, эластичность снижены. По органамбез патологии. При контрольном вскармливании - высасывает 60 граммов молока и остаётся беспокойным.

Какая НАИБОЛЕЕ вероятная частота осмотров врачом данногоребёнка?

1.еженедельно

2.+1 раз в 2 недели

3.1 раз в месяц

4.1 раз в квартал

5.1 раз в 6 месяцев

5. Мама с ребенком 3 месяца обратились в поликлинику с жалобами на сыпь на коже, зуд. Из анамнеза: мама сьелаострый сыр,у бабушки атопический дерматит.Объективно: на грудном вскармливании,повышенного питания, кожа и слизистые бледные. Накоже лица, туловища, груди - мелкоточечная сыпь, следы расчёсов, на голове - гнейс, в складках -опрелости. Периферические лимфоузлы увеличены во всех группах. Поорганам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Какие НАИБОЛЕЕ вероятные ранние признаки патологии у данного ребёнка?

1.+гнейс, опрелости, строфулюс

2.бледность кожи, слизистых, расчёсы

3.избыточная масса тела,**лимфоаденопатия**

4.атопический дерматит у бабушки

5.**употребление сыра матерью**

6. Мама с ребенком 2 месяца обратилась в поликлинику с жалобами на сыпь на коже, зуд. Из анамнеза: Мама съела шоколад,у отца – поллиноз, ребенок на грудном вскармливании. Объективно: мелкоточечная сыпь на щеках, туловище, груди, опрелости в паховых складках. Периферические лимфоузлы увеличены во всех группах. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Какая НАИБОЛЕЕ вероятная продолжительность диспансерного наблюдения?

1.1 год

2.2 года

3.+3 года

4.4 года

5.5 лет

7. Мальчик 11 лет, пришел в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, раздражительность, неусидчивость, нарушения сна. В анамнезе: атопический дерматит. В школе - отличная успеваемость, занимается теннисом, английским языком, физикой, математикой. Объективно: физическое развитие – гармоничное, нервно-психическое-опережает сверстников. Кожа чистая, обычной окраски. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Нарушение, какого обмена НАИБОЛЕЕ вероятно лежит в основе заболевания?

1.билирубинового

2.углеводного

3.минерального

4.+пуринового

5.витаминного

8. Мальчику 2 года. Жалобы со слов мамы на вялость, малоподвижность, храпит во сне, гнусавый голос. В анамнезе: частые простудные заболевания. Объективно: ребёнок гиперстенического телосложения, повышенного питания, рот приоткрыт, короткая шея, вес – 14 кг, рост - 85 см. Кожа чистая. В зеве –зернистость задней стенки глотки. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены. При эндоскопии носоглотки: аденоидные вегетации.

Какие НАИБОЛЕЕ характерные признаки для данной патологии?

1.зернистость глотки

2.гиперстеническое телосложение

3.частые простудные заболевания

4.+храп, гнусавость, аденоиды

5.короткая шея, рот приоткрыт

9. Мама с ребёнком 2,5 года обратились в поликлинику сжалобами на вялость, малоподвижность, храп, гнусавый голос. В анамнезе: частые простудные заболевания. Объективно: ребёнок гиперстенического телосложения, повышенного питания, рот приоткрыт, короткая шея, вес – 15 кг, рост - 88 см. Кожа чистая. В зеве – зернистость задней стенки глотки. По органам без патологии. При эндоскопии носоглотки - аденоидные вегетации.

Ограничение, каких продуктов в диете НАИБОЛЕЕ вероятно у таких детей?

1. богатых пуринами

2.белков

3.+ легкоусвояемых углеводов

4.жиров

5.молочных

10. Мальчик 12 лет, пришел в поликлинику с жалобами на раздражительность, неусидчивость. В анамнезе:атопический дерматит.Вшколе - отличная успеваемость. Объективно: физическоеразвитие– гармоничное,нервно-психическое- опережает сверстников. Кожа чистая, обычной окраски. Зев спокоен. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Каким заболеваниемНАИБОЛЕЕ вероятно отягощена наследственность по отцу?

1.+подагра

2.ревматизм

3.язвенная болезнь 12-перстной кишки

4.атопический дерматит

5.гломерулонефрит

11. Мальчик 12 лет, пришел в поликлинику с жалобами на утомляемость, раздражительность, неусидчивость, нарушения сна. В анамнезе:атопический диатез.В школе -отличная успеваемость,дополнительно занимается плаванием, фортепиано. Объективно: физическоеразвитие–гармоничное,нервно-психическое - опережает сверстников. Кожа чистая, обычной окраски. Зев спокоен. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Какой НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз?

1.атопический диатез

2.атопический дерматит

3.+нервно-артритический диатез

4.экзема

5.хорея

12. Мальчик 13 лет, пришел в поликлинику с жалобами на раздражительность, неусидчивость. В анамнезе:атопический дерматит.Вшколе - отличная успеваемость. Объективно: нервно-психическое развитие - опережает сверстников, физическое – гармоничное. Кожа чистая, обычной окраски. Зев спокоен. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Какой продукт питания НАИБОЛЕЕ вероятно необходимо исключить из рациона?

1.капусту

2.+щавель

3.картофель

4.морковь

5.свеклу

13. Мальчик 12 лет, пришел в поликлинику с жалобами на раздражительность, неусидчивость.В анамнезе: атопический дерматит.Вшколе - отличная успеваемость. Объективно: нервно-психическое развитие - опережает сверстников, физическое – гармоничное. Кожа чистая, обычной окраски. Зев спокоен. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Определение какого показателя в крови и моче НАИБОЛЕЕ вероятно подтвердит диагноз?

1. протеинов

2. +мочевой кислоты

3. амилазы

4. диастазы

5. глюкозы

14. Мальчику 3 года. Жалобы на вялость, малоподвижность, избыточную массу тела, храп, гнусавый голос. В анамнезе: у мамы сезонный поллиноз, у ребенка – частые простудные заболевания. Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания, короткая шея, вес – 18 кг, рост - 98 см. Кожа чистая. Зев спокоен. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Какой НАИБОЛЕЕ вероятный диатез?

1. аллергический

2. геморрагический

3. нервно-артритический

4. +лимфатико-гипопластический

5. экссудативно-катаральный

15. Какой НАИБОЛЕЕ вероятный вариант течения внутриутробнойгипотрофии?

1) анорексия

2) квашиоркор

3) malnutrition

4) алиментарный маразм

5) +задержка внутриутробного развития

16. Мать с мальчиком в возрасте 7 месяцев пришли в поликлинику с жалобами на беспокойство, беспричинный крик, редкое мочеиспускание. Из анамнеза: родился с весом 3500 гр. и ростом 55 см. Находится на грудном вскармливании. Объективно: Вес - 7300 г., рост – 71 см. кожа бледная, упругость, эластичность снижены. По органам без патологии. При контрольном вскармливании - ребёнок высасывает 60 граммов молокаи остаётся беспокойным.

Какая НАИБОЛЕЕ вероятная экзогеннаяпричина заболевания?

1) анорексия

2) психопатия

3)+алиментарная

4) мальабсорбция

5) иммунодефицит

17. Мать с мальчиком в возрасте 7 месяцев пришли в поликлинику с жалобами на беспокойство, беспричинный крик, редкое мочеиспускание. Из анамнеза: родился с весом 3500 г. и ростом 55 см. Находится на грудном вскармливании. Объективно: Вес - 7300 г., рост – 71 см. Кожа бледная, упругость, эластичность снижены. По органам без патологии. При контрольном вскармливании - ребёнок высасывает 60 граммов молока и остаётся беспокойным.

Какой признак НАИБОЛЕЕ характерный для заболевания?

1) рахит

2) апатия

3) молочница

4)+полигиповитаминозы

5) нормальная терморегуляция

18. Мальчику 2 года. Жалобы на вялость, малоподвижность, храп, гнусавый голос. В анамнезе: частые простудные заболевания. Объективно: ребёнок гиперстенического телосложения, повышенного питания, рот приоткрыт, короткая шея, вес – 14 кг, рост - 85 см. Кожа чистая. В зеве –зернистость задней стенки глотки. По органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены. При эндоскопии носоглотки: аденоидные вегетации.

Какая НАИБОЛЕЕ вероятнаядлительностьдиспансерного наблюдения?

1) 5 лет

2) 1 год

3) 2 года

4) +3 года

5) пожизненно

19. Мальчик 11 лет, пришел в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, раздражительность, неусидчивость, нарушения сна. В анамнезе:атопический дерматит, в школе - отличная успеваемость. Дополнительно занимается теннисом, английским языком, физикой, математикой. По органам без патологии.

Какая НАИБОЛЕЕ вероятнаядлительность диспансерного наблюдения?

1) 1 год

2) 2 года

3) 3 года

4) 5 лет

5) +до передачи во взрослую поликлинику

20. Мамас ребенком 2 месяца обратилась в поликлинику с жалобами на сыпь на коже у ребёнка, зуд. В анамнезе: с рождения на волосистой части головы и бровях отмечались чешуйки желтого цвета. Мамасьела шоколад.Находится на грудном вскармливании. У отца поллиноз. Объективно: мелкоточечная сыпь на щеках, туловище, груди, в складках- опрелости. Периферические лимфоузлы увеличены во всех группах. По внутренним органам без патологии. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Какое НАИБОЛЕЕ раннее клиническое проявление заболевания?

1) +гнейс

2) бледность кожи и слизистых

3) избыточная масса тела

4) ацетонемическая рвота

5) гиперплазия лимфоидной ткани

Г. **Клиническая задача** (приложение 3)

Приложение 3

**Г. Клиническая задача**

**для проведения практического занятия с элементами командного метода обучения (TBLTeam-basedlearning) у студентов-бакалавров 5-го курса обучения факультета “Общая медицина», по дисциплине «Детские болезни в работе ВОП», на тему: «Особенности наблюдения детей с острыми и хроническими расстройствами питания, аномалиями конституции в амбулаторных условиях»**

**Клиническая задача**

Мать с ребёнком в возрасте 3-х месяцев обратились в поликлинику.

**Жалобы** на беспокойство, беспричинный крик до и после кормлений, редкое мочеиспускание.

**Из анамнеза:** ребёнок родился доношенным, вес при рождении составил 3200 граммов и рост – 51 см. Находится на естественном вскармливании, вес ребёнка в возрасте 1 месяца составил 3700 граммов.

**Объективно:** Вес в возрасте 3-х месяцев составил 4500 граммов. Кожа ребёнка бледная, упругость и эластичность снижена. Со стороны внутренних органов отклонений не выявлено. При контрольном взвешивании до и после кормления высасывает 50-60 грамм молока и остается беспокойным.

**Задание.**

1.Какой НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз?Обоснование.

2. Какая НАИБОЛЕЕ вероятная тактика врача?

3. Какие НАИБОЛЕЕ вероятные особенности диспансеризации?

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гипотрофия I степени алиментарного генеза.

**На основаниижалоб:** на беспокойство, беспричинный крик до и после кормлений, редкое мочеиспускание, **данных объективного осмотра:** масса тела в возрасте 3-х месяцев составила 4500 граммов. Кожа бледная, упругость и эластичность снижена. При контрольном взвешивании до и после кормления высасывает 50-60 грамм молока и остается беспокойным, ставится **Ds**: Гипотрофия I степени алиментарного генеза**.**

2. Поставить на диспансерный учёт

- Назначить режим дня: помещение проветривают, 2 раза в сутки проводят влажную уборку. Температура воздуха в комнате поддерживается в диапазоне 25 — 26 °С. Проводится тщательный уход за кожей и видимыми слизистыми оболочками.

- гимнастика, массаж, ЛФК

- диетотерапия на долженствующий вес: 1 этап минимального питания с определением толерантности к пище в течение 1-2 дней, калорийность 100-105, дробно до 10 раз в сутки; 2 этап – промежуточный в течение 5-7 дней, калорийность – 130-150 ккал/кг, осуществляется коррекция дефицита белка (сыр, желток, ацидофильная паста, белковый энпит), жира (жировой энпит, растительное масло, сливки), углеводов (овощи, фрукты, каши); 3 этап – максимального питанияв течение 5-15 дней, калорийность 200 ккал, энергетическая потребность увеличивается на 20 % возрастной нормы. Выведение ребенка из гипотрофии I степени занимает 1 месяц в среднем

- витамины А, В1, В5,В6, В15, А, РР, Е и др.

- метилурацил, апилак, адаптогены

- пробиотики (бифидумбактерин, бификол, бактисубтил и др.)

- пребиотики (хилак-форте, дюфалак и др.)

- лечение рахита - УФО, начиная с 1/8 биодозы и доводя до 1,5 биодоз и железодефицитной анемии – препарами железа

- заместительная ферментотерапия препаратами поджелудочной железы (креон, панзинорм, мезим-форте)

- карнитин 20% по 1 капле/кг массы тела 3 раза в день внутрь развести в кипяченной воде

3. - Длительность диспансеризации 3 года

- осмотр участкового врача в остром периоде 1 раз в 2 недели

- осмотр участкового врача в периоде реконвалесценции 1 раз в месяц

**Д. Оценивание (самооценка, групповая оценка, определение вклада членов группы)**

Таблица в формате Exel (формула расчета оценки =C4\*0,5+D4\*0,2+E4\*0,1+F4\*0,2+G4\*0,1), которая в течение всего занятия видна на экране. После каждого этапа оценки сразу вводятся в соответствующую графу

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ф.И.О.** | **инд.тест 50%** | **гр. тест 40 %** | **Аппеляция 10 %** | **Задача 20 %** | **Доп. Баллы 10%** | **Итого** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 0 |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 0 |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 0 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

**Критерии оценки команды=группы (max 100 баллов)**

* Проявление помощи – 5 баллов
* Ориентация в задании – 20 баллов
* Управление временем – 5 баллов
* Сбалансированное участие – 15 баллов
* Эффективное межличностное общение – 20 баллов
* Управление конфликтными ситуациями – 20 баллов
* Конструктивная обратная связь - 15 баллов

**Е. В конце занятия –** анкетирование

**АНКЕТА**

**длястудентов-5-го курсас целью выяснения их удовлетворенностью инновационными методами обучения на кафедре**

1. Какая дисциплина/цикл у вас проходит?

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

1. Тема занятия?

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

3. По какой методике проводилось занятие?

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

4. Вам понравилась методика проведения занятия?

А) Да\_\_\_\_\_

Б) Нет\_\_\_\_

5.Объяснил ли преподаватель доступно методику проведения занятия?

А) Да\_\_\_\_\_

Б) Нет\_\_\_\_

6. Какие преимущества данной методики проведения занятия Вы бы хотели отметить?

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

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

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

7. Во время занятия испытывали ли Вы трудности и укажите какие?

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

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

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

8.Считаете ли Вы обучение по данному методу обучения лучше традиционной формы проведения занятий?

А) да\_\_\_\_\_

Б) нет\_\_\_\_\_

В) затрудняюсь ответить\_\_\_\_\_\_\_

9. Какие недостатки при проведении занятия по данному методу обучения Вы бы хотели отметить?

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

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

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

10. Ваши предложения по улучшению качества преподавания на кафедре

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

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

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

В результате применения данного интерактивного метода обучения **«**Team-basedlearning**»** от преподавателя требуется более тщательная подготовки к занятию, однако преподаватель становится лишь консультантом, студенты сами находят новую информацию. Помимо этого, он даёт уйти от атмосферы состязательности к настроению продуктивного сотрудничества и является простым и эффективным способом сплочения группы.

Литература

1. <http://www.lvrach.ru/2000/03/4525883/>

2.  <http://www.educause.edu/library/resources/7-things-you-should-know-about-flipped-classrooms>

3. Steve McLaughlin, MD. Department of Emergency Medicine. UniversityofNewMexico

4. Стюарт МеннинPhD, Стивен МакЛафлинMD, Департамент по развитию образования и преподавателей. Отдел по развитию образования и научных исследований. Университет Нью – Мексика Школа медицины

5. Бордовская Н. В., Реан А. А., Педагогика, СПб, «Питер», 2006 г., с. 103-104.

6. <http://paidagogos.com/?p=5903>

7.http://meds.queensu.ca/medicine/pbl/pblhome.htm

Авторы: профессор Сарбасова Жанна Оразбаевна

доцент Рубан Анна Петровна

доцент Ненартович Ирина Антоновна