


## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования  
«Мордовский государственный университет  
им. Н.П.Огарёва»



Мордовский  
государственный  
университет  
им. Н.П. Огарева

УТВЕРЖДАЮ  
проректор по научной работе  
ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарёва»  
И.В. Сенин  
2016 г.




**Программа вступительного испытания  
по программе подготовки научно-педагогических кадров  
в аспирантуре  
Иностранный (немецкий) язык**

**Направление подготовки  
32.06.01 Медико-профилактическое дело**

**РАЗРАБОТАНО:**


Доцент кафедры немецкой филологии

 Кульнина Е.А.

26 февраля 2016


**СОГЛАСОВАНО:**

Зав. кафедрой немецкой филологии

 Беспалова С.В.

26 февраля 2016

Декан факультета (директор института)

 Буренина Н.В.

25 марта 2016

Начальник управления подготовки  
кадров высшей квалификации

 О.Н. Агеева

28 марта 2016

## **Пояснительная записка**

Программа вступительных испытаний по программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по иностранному (немецкому) языку разработана в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования по программам специалитета и магистратуры.

Цель испытания — определить уровень развития у поступающих коммуникативной компетенции. Под коммуникативной компетенцией понимается умение соотносить языковые средства с конкретными сферами, ситуациями, условиями и задачами общения, рассматривать языковой материал как средство реализации речевого общения.

### Требования к поступающим:

На вступительном испытании поступающий должен продемонстрировать умение пользоваться иностранным языком как средством культурного и профессионального общения. Поступающий должен владеть орфографическими, лексическими и грамматическими нормами иностранного языка и правильно использовать их во всех видах речевой деятельности, представленных в сфере профессионального: и научного общения.

Учитывая перспективы практической и научной деятельности аспирантов, требования к знаниям и умениям на вступительном испытании осуществляются в соответствии с уровнем следующих языковых компетенций:

Говорение и аудирование - поступающий должен показать владение неподготовленной диалогической речью в ситуации официального общения в пределах вузовской программной тематики. Оценивается умение адекватно воспринимать речь и давать логически обоснованные развёрнутые и краткие ответы на вопросы экзаменатора.

Чтение – контролируются навыки изучающего и просмотрового чтения. В первом случае поступающий должен продемонстрировать умение читать оригинальную литературу по специальности, максимально полно и точно переводить её на русский язык, пользуясь словарём и опираясь на профессиональные знания и навыки языковой и контекстуальной догадки. При просмотровом /беглом/ чтении оценивается умение в течение ограниченного времени определить круг рассматриваемых в тексте вопросов, выявить основные положения автора и перевести текст на русский язык без предварительной подготовки, без словаря. Как письменный, так и устный переводы должны соответствовать нормам русского языка.

## **Критерии оценки испытания**

На вступительном испытании оцениваются:

- объем остаточных знаний по курсу «Иностранный язык»;

- умение использовать теоретические знания в предложенной речевой ситуации;
- полнота ответа, логика в его изложении, умение четко, грамотно и по существу излагать свои мысли на иностранном языке.

Оценки «отлично» заслуживает испытуемый, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

Оценки «хорошо» заслуживает испытуемый, обнаруживший полные знания учебного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Оценка «хорошо» выставляется испытуемым, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает испытуемый, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Оценка «удовлетворительно» выставляется испытуемым, допустившим погрешность в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется испытуемому, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Оценка «неудовлетворительно» ставится испытуемым, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине

### **Содержание вступительного испытания:**

1. Письменный перевод текста /со словарём/ по направлению подготовки 32.06.01 Медико-профилактическое дело. Объём текста – 2000 печатных знаков. Время выполнения - 45 минут. (см. Приложение 1)

2. Устный перевод с листа текста общенаучного содержания объёмом 1000 печатных знаков /без словаря/. Время подготовки - 5 минут.

3. Краткая беседа с экзаменатором на одну из следующих тем:

- *Национально-исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева;*
- *Научная деятельность института (факультета);*
- *Круг научных интересов поступающего;*
- *Известные ученые (зарубежные и отечественные) в данном направлении;*

### **Рекомендуемая литература:**

Обязательная литература

1. Алексеева И.С. Текст и перевод. Вопросы теории. М.: Международные отношения, 2008.
2. Болотина А.Ю. Немецко-русский / Русско-немецкий медицинский словарь. – М.: АБВУУ Press, 009.
3. Бушина Л.М., Елисеева Л.Н., Яцковская В.Я. Немецкий язык для медицинских вузов. – М.: Высшая школа, 2007.
4. Кондратьева В.А., Зубанова О.А. Немецкий язык для медиков. Повышенный уровень профессионального общения в устной и письменной формах. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008.
5. Макарова М.М., Бобковский Г.А. Практический курс перевода научно-технической литературы. Учебник.. и др. Москва, 2008.

#### Дополнительная литература

1. Кульнина Е.А., Тарасова Г.А. Немецкий язык для аспирантов естественно-научных и инженерных специальностей: учеб. пособие. Саранск, 2008.
2. Лысакова Л.А., Карпова Е.М., Завгородняя Г.С. Немецкий язык для аспирантов: учеб. пособие. Ростов-на-Дону.: РГЭУ «РИНХ», 2007.
3. Новый большой немецко-русский и русско-немецкий политехнический словарь Polyglossum. Изд-во ЭТС, 2010.
4. Русяева М.М. Немецкий язык для аспирантов. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2012.
5. Синев Р. Г. Грамматика немецкой научной речи: Практическое пособие. М.: Готика, 2003.
6. Das Oberstufenbuch. Deutsch als Fremdsprache. Ein Lehr- und Übungsbuch für fortgeschrittene Lerner. Anne Busch, Gisela Linthout. SCHUBERT-Verlag, Leipzig, 2005.

#### Программное обеспечение и Интернет- ресурсы:

##### Словари:

[www.woerterbuch-uebersetzung.de](http://www.woerterbuch-uebersetzung.de)

<http://perevod.bizua.com.ua/>

##### Lesen:

<http://de.msn.com/>

<http://www.spiegel.de/>

<http://www.welt.de/>

<http://www.juma.de/>

##### Schreiben:

<http://www.deutsch-perfekt.com/deutsch-lernen>

<http://www.deutsch-als-fremdsprache.de/ctest/ctestallg.txt.php3>

##### Sprechen:

<http://deutsche-sprache.ru/video-uroki-nemeckogo-yazyka/>

##### Hören:

<http://audio-class.ru/deutsch/sprachfuhrer-t/turistd.html>

<http://deutsche-sprache.ru/video-uroki-nemeckogo-yazyka/>

##### Grammatik:

<http://grammade.ru/grammar/>

##### Wortschatz:

<http://wortschatz.ru/>

<http://www.deutsch-best.ru/stuf.htm>

##### Internetspiele:

<http://www.internetpolyglot.com/>  
<http://www.english-german.ru/?p=2041>  
<http://www.deutsch-uni.com.ru/puzzle/index.php>

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

[www.lingvo.ru](http://www.lingvo.ru)  
[www.linguistic.ru](http://www.linguistic.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

**Текст 1.**

**Lungenerkrankungen und ihre Differentialdiagnose W.Clausritzen, H.-J. Dietzsch, H. Grossman. Leipzig, 2010. S. 48-49.**

Der Arzt kann durch Klopfen und Abhoeren feststellen, ob das normale Atemgeraesch oder der Klopfeschall veraender sind. Ausserdem helfen dem Azt solche Untersuchungen wie

*Roentgenuntersuchung der Lungen*

Im Roentgenbildes Thorax warden die Lungen, das Herz und die zentralen Blutgafaesse abgebildet. Erkannt warden koennen Entzuendungen, Tuberkulose und Tumoren. Um zudifferenzieren, braucht man die Computertomografie.

Die Bronchien kann man im Roentgenbild nicht beurteilen. Um den Verlauf der Bronchien abzubilden, ist eine Kontrastmitteleinfuellung mit anschliessender Roentgenfotografie notwendig. Man nennt diese Untersuchung *Bronchografie*.

*Funktionsuntersuchung der Lungen*

Mit Hilfe der modernen Technik is die Funktion der Lungen heute sehr gut zu untersuchen. Zunaechst lassen sich die Austauschgase im arteriellen Blut feststellen. Ist die Sauerstoffgehalt im Blut zu niedrig, muaa eine Stoerungin der Zufuhr, an der Austauschflaeche oder im Blutgefafaesssystem selbst vorhanden sein. Da der belastete Koerper mehr Sauerstoff verbraucht, ist es sinnvoll, die Blutgefafaesse nicht nur in Ruhe, sondern auch unter Belastung zu pruefen.

Wichtig ist es, das Atemvolumen zu ueberpruefen, dessen Groesse im Ruhestand und seine Dynamik. Man kann ermitteln, wieviel HLuft in einer bestimmten Zeit ausgeatmet wird. Durch verengte Roehren geht weniger Luft pro Zeiteinheit als durch weite, und so kann man eine Verengung der Bronchien erkennen.

*Mikrobiologische Untersuchungen*

Der Auswurf (Schleim) des Patienten, das abgesaugte Sekret oder Gewebe warden auf Bakterien und Pilze untersucht.

*Operative Methoden*

Bei Operationen warden Gewebssproben entnommen, die histologisch untersucht warden. Bestimmte Herde in Lunge koennen von aussen punktiert, das Rippenfell kann durch Punktion oder Probeschnitt untersucht warden.

Mit Hilfe der modernen Technik is die Funktion der Lungen heute sehr gut zu untersuchen. Zunaechst lassen sich die Austauschgase im arteriellen Blut feststellen. Ist die Sauerstoffgehalt im Blut zu niedrig, muaa eine Stoerungin der Zufuhr, an der

Austauschfläche oder im Blutgefäßsystem selbst vorhanden sein. Da der belastete Körper mehr Sauerstoff verbraucht, ist es sinnvoll, die Blutgefäße nicht nur in Ruhe, sondern auch unter Belastung zu prüfen. Man kann ermitteln, wieviel Luft in einer bestimmten Zeit ausgeatmet wird. Durch verengte Röhren geht weniger Luft pro Zeiteinheit als durch weite, und so kann man eine Verengung der Bronchien erkennen.

## **Текст 2**

**Lungenerkrankungen und ihre Differentialdiagnose W.Clausritzen, H.-J. Dietzsch, H. Grossman. Leipzig, 2010. S. 68-69.**

Heute gibt es in der BRD jährlich etwa 3000 Neuerkrankungen an Tuberkulose. Diese Krankheit ist bei uns nicht ausgerottet, doch sie ist kein gesundheitspolitisches Problem mehr. Wir haben gezielte Methoden der Erfassung, Diagnostik, Therapie und Überwachung sowie die BCG-Impfung. Trotzdem sterben in der BRD 200 Menschen im Jahr an Tuberkulose. Weltweit gibt es jährlich noch acht bis zehn Millionen Neuerkrankungen mit drei Millionen Todesfällen. Dabei ist die Zahl in den Entwicklungsländern am höchsten. Seit dem Auftreten von AIDS muss auch Tuberkulose wieder mehr beachtet werden, da AIDS-Kranke durch das geschädigte Immunsystem besonders gefährdet sind.

Hustet ein Tuberkelkranker viele Tuberkelbakterien aus, so können sich andere infizieren (Primärinfektion). Diese Infektion, die meist die Lunge erfasst, ist heute heilbar. Symptome sind Husten, Auswurf, der manchmal blutig ist, erhöhte Temperatur (37,1-38,0 Celsius), Nachtschweiß und Gewichtsverlust.

Menschen mit dieser Erkrankung haben viele Tuberkelbakterien im Auswurf und können andere anstecken. Die Primärtuberkulose kann aber auch wenige Monate nach der Infektion zu einer ausgedehnten Tuberkulose führen, wobei außer der Lunge auch Hirnhaut, Knochen, Nieren und anderes miterkranken können. Die Behandlung beginnt stationär und wird ambulant bis zu einem halben Jahr fortgesetzt. Ein Kranker, der sehr viele Tuberkelbakterien ausscheidet, kann nach dreiwöchiger medikamentöser Behandlung niemanden mehr anstecken. Trotzdem muss die Behandlung solange durchgeführt werden, um alle krankheitserregenden Keime abzutöten.

Risikofaktoren können eine alte, nicht behandelte Tuberkulose, die Umgebung von Tuberkulosekranken sowie Diabetes sein.

Das Bronchialkarzinom (Lungenkrebs) ist der häufigste Tumor bei Männern. Auch die Zahl der Erkrankungen bei Frauen hat in den letzten Jahren zugenommen. In der BRD erkranken jährlich etwa 6000 Männer und rund 1000 Frauen daran. Etwa 5500 Männer und 920 Frauen sterben bei uns jährlich am Bronchialkarzinom. Lungenkrebs tritt selten vor dem 40. Lebensjahr auf. Danach steigt das Krankheitsrisiko steil an. Wegen der schlechten Heilungschancen ist die Vorbeugung von grosser Bedeutung. Die Hauptrisikofaktoren sind Inhalation von Tabak – vorzugsweise Zigarettenrauch (bei 90 Prozent aller Männer und 85 Prozent aller Frauen wird Lungenkrebs durch Rauchen verursacht), länger Kontakt mit Schadstoffen wie Arsen,

Pestizide, Herbizide, Exposition gegenüber ionisierender Strahlung. Zigarettenrauchen stellt das grösste Risiko dar und ist um so gefährlicher, je eher damit begonnen wird.

Symptome des Lungenkrebses sind Husten, der länger als drei Wochen anhält, Heiserkeit, Atemnot und Gewichtsverlust, Bluthusten, Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Die wichtigste Prophylaxe für Lungenkrebs ist Nichtrauchen.

### **Текст 3.**

**Allgemeinmedizin. Hanno Grethe, Christian Kohler. – VEB Verlag Berlin, 2010. S. 119-120.**

Die leitliniengerechte medikamentöse Behandlung während der Schwangerschaft fand bei den chronisch kranken Teilnehmerinnen der SNI-P-Studie nur in einem unzureichenden Maße statt. Im Studiengebiet gut behandelt scheinen Diabetikerinnen, mittelmäßig ist die Behandlung von hypothyreoten Frauen, Hypertonikerinnen und Epileptikerinnen. Sehr schlecht hingegen sind hyperthyreote Frauen sowie Asthmatikerinnen mit der Bedarfsmedikation therapiert. Diese Situation wird durch den Autor auf zwei Beispiele demonstriert. Von elf chronisch kranken Diabetikerinnen gaben zehn an, mit Insulin behandelt worden zu sein, während eine Frau weder Insulin noch andere nicht leitlinienkonforme Antidiabetika erhielt. Entweder hat diese Frau irrtümlicherweise einen Diabetes angegeben, stellte sich nie beim Arzt vor oder erhielt in Form eines Kunstfehlers kein Medikament. Letztere Variante kann allerdings so gut wie ausgeschlossen werden, da die Folgen eines chronischen unbehandelten Diabetes, insbesondere während der Schwangerschaft, zu gravierend wären. Ein zweites Beispiel liefert die Bedarfsmedikation von Asthmatikerinnen, die leitlinienkonform jeder Erkrankten zustehen sollte. Weniger als die Hälfte aller Asthmatikerinnen gab jedoch an mit einem SABA behandelt worden zu sein. Ein Teil der betroffenen Frauen könnte während der Schwangerschaft keinen Asthmaanfall gehabt haben (immerhin erfährt ein Drittel aller Frauen unter der Schwangerschaft eine Krankheitsverbesserung), so dass in diesem Zeitraum kein Bedarf bestand. Außerdem können auch hier keine Angaben seitens der Probandinnen gemacht worden sein oder die Medikamente wurden bewusst aus Angst vor Komplikationen und Nebenwirkungen nicht eingenommen. Im schlechtesten Fall muss davon ausgegangen werden, dass in Ostvorpommern tatsächlich keine leitliniengerechte Medikation bei chronisch kranken Schwangeren umgesetzt wird. Für die Dauermedikation von Asthmatikerinnen konnte keine Auswertung vorgenommen werden, da aus den erhobenen Daten nicht ersichtlich ist, welche Frauen welcher Therapiestufe theoretisch zugeordnet werden müssten.

Abschließend lässt sich dazu feststellen, dass die Angst bzw. Unsicherheit chronisch kranker Schwangerer hinsichtlich Medikamentenverträglichkeit und Komplikationen für das Ungeborene bestehen bleibt. Der häufig vertretene Off-Label-Use von Medikamenten, unterschiedliche Meinungen von Ärzten und Bekannten, sowie persönliche Erfahrungswerte vorangegangener Schwangerschaften tragen nicht zuletzt zur schlechten Medikamentencompliance bei. Beispielsweise wird die



Hypertonusbehandlung während der Schwangerschaft kontrovers diskutiert. Generell bedarf es zukünftig einer verstärkten Aufklärung und Beratung sowohl auf Patienten- als auch auf Arztseite sowie engere Absprachen zwischen den beteiligten Fachrichtungen.

#### **Текст 4**

**Allgemeinmedizin. Hanno Grethe, Christian Kohler. – VEB Verlag Berlin, 2010. S. 5-6.**

Die vorliegende Arbeit ist ein Teilprojekt der SNIp-Studie (Survey of Neonates in Pomerania). Diese Studie wurde im Rahmen des Forschungsverbundes Community Medicine (FVCM) der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald in Kooperation mit der Universitätskinderklinik sowie den Krankenhäusern in Wolgast und Anklam durchgeführt.

Der Autor untersucht die Grundgesamtheit (engl. population) in der SNIp-Studie bilden alle schwangeren Frauen, die im Zeitraum 01. Mai 2002 bis 30. November 2008 im Studiengebiet ein Kind geboren haben. Insgesamt gibt es mindestens 5403 Kinder von n=5330 Frauen. Nk =1141 Frauen (mit 1161 Teilnahmebögen) als chronisch krank identifiziert, was entspricht 21, 4% des Stichprobenumfangs ist. Demgegenüber steht die gesunde Kontrollgruppe mit ng =4189 Frauen (mit 4242 Teilnahmebögen) ohne Nennung chronischer Erkrankungen (entspricht 78, 6%).

Es muss betont werden, dass die Befragung über den Gesundheitsstatus des Neugeborenen hinaus auf Familien- und Sozialanamnese des Kindes erstreckte sich und auch die Schwangerschafts- und Medikamentenanamnese der Mutter erfasste.

Zum Vergleich pränataler und perinataler Parameter Autor über eine Unterteilung der Vergleichsgruppen (chronisch krank vs. nicht chronisch krank) nach der Anzahl bisheriger Schwangerschaften (Gravidität, G) und Lebendgeburten (Parität, P) hergestellt. Die Untergruppe G1 ≡ P1 beschreibt dabei Primigravidae Primiparae, d.h. alle Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren und mit dem ersten Kind an SNIp teilnahmen. In der Untergruppe G>1 ≠ P1 sind Multigravidae Primiparae zusammengefasst – also Frauen, die bereits mindestens eine Abruption, extrauterine Schwangerschaft, Fehl – oder Totgeburt erlitten haben. Frauen der Untergruppe G>1 ≡ P>1 sind Multigravidae Multiparae, bei denen die Anzahl der Schwangerschaften mit der Anzahl an Lebendgeburten übereinstimmt.

Die Dauer mütterlicher stationärer Aufenthalte wurde als Hinweis auf Komplikationen erfasst. Der stationäre Aufenthalt meint die Gesamtanzahl Tage, die eine Schwangere in der Klinik verbracht hat, wobei der Aufenthalt zur Geburt nicht miteinbezogen ist. Eine Differenzierung in Kurzlieger (1 bis 14 Tage) und Langlieger (15 oder mehr Tage) wurde als sinnvoll erachtet. Für Einschätzungen des Schwangerschaftsverlaufes im Allgemeinen eignen sich die Betrachtung von Infektionen und akut aufgetretenen Erkrankungen sowie vaginalen Blutungen während der Schwangerschaft.

Da am Ende jeder Schwangerschaft die Geburt steht, muss an dieser Stelle auch die Betrachtung der Geburtsmodi erfolgen. Neben der physiologischen Spontangeburt ist in pathologischer Hinsicht folgende Klassifikation sinnvoll: operativ vaginal umfasst alle Forcepsgeburten mittels Naegele- oder Kjelland-Zange sowie Vakuumgeburten mittels Saugglocke, operativ abdominell beinhaltet.