

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

**СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ
ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

**Матеріали 41-ї науково-методичної конференції,
присвяченої 210-й річниці
Харківського національного медичного університету**

28 квітня 2015 року
м. Харків

Харків
ХНМУ
2015

Затверджено
на засіданні вченої ради
Харківського національного медичного університету
16 квітня 2015 року

Редакційна колегія:

Марковський В.Д. – проректор з науково-педагогічної роботи

В'юн В.В. – директор Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ХНМУ

Фоміна Л.В. – зав. кафедри української мови, основ психології та педагогіки

Тельнова Л.Г. – заступник директора Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ХНМУ

Власенко А.В. – заступник директора Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ХНМУ

Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали 41-ї науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці Харківського національного медичного університету / кол. авт. – Харків : ХНМУ, 2015. – 124 с.

ПРО СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Лісовий В.М., Капустник В.А., В'юн В.В.

Соціальний запит сьогоденного Українського суспільства потребує покращення якості медичної допомоги, наближення її до європейських та світових стандартів, що зумовлено такими факторами: складною демографічною ситуацією в країні, епідемією туберкульозу, зростанням онкологічних, серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, ВІЛ інфекції, СНІДу, вірусного гепатиту хвороб, що передаються статевим шляхом, зловживання алкоголем та наркоманією, збільшенням дитячої та материнської смертності та ін.

Невідповідною залишається кадрова забезпеченість закладів охорони здоров'я сільської місцевості як в цілому в державі, так і в нашому регіоні, що негативно відображається на якісних та кількісних показниках роботи. Дієвими засобами реформування післядипломної освіти, окрім модернізації інтернатури та розширення її обсягів, є впровадження резидентури та системи безперервного професійного розвитку. На даному етапі ведеться активна робота МОЗ України та нашим університетом, щодо реалізації реформування післядипломної підготовки лікарів.

Підготовка лікарів-інтернів в ХНМУ 2014/2015 н.р. проводиться згідно з "Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) у вищих медичних і фармацевтичних закладах III–IV рівнів акредитації", затвердженого наказом № 291 від 19.09.1996 р. за 27 спеціальностями: акушерство та гінекологія, анестезіологія та інтенсивна терапія, внутрішні хвороби, дитяча хірургія, дитяча анестезіологія, епідеміологія, загальна гігієна, загальна практика - сімейна медицина, інфекційні хвороби, медицина невідкладних станів, неврологія, дерматовенерологія, ортопедія та травматологія, отоларингологія, офтальмологія, патологічна анатомія, психіатрія, педіатрія, радіологія, стоматологія, судово-медична експертиза, урологія, хірургія, неонатологія, нейрохірургія, лабораторна діагностика, пульмонологія та фтизіатрія.

До роботи з лікарями-інтернами 2014–2015 навчального року, залучено 134 НПП: 49 професорів, 65 доцентів, 20 асистентів ХНМУ.

Підготовку в інтернатурі з 1 вересня 2014 року розпочали 264 лікарі-інтерни I року навчання (109 – за державним замовленням, 155 – за контрактом).

Інтернів II року – 242 (96 – за бюджетом, 146 – за контрактом), інтернів III року – 30 (9 – за бюджетом, 21 – за контрактом).

На 1.01.2015 в ННПО навчається 542 інтерни, з них за бюджетом – 219 та за контрактом – 323.

Слід зауважити, що цього навчального року нами набрано 154 інтерни-контрактники, хоча заплановано, на 2014 рік 140 осіб. На кафедрах ХНМУ навчаються 48 лікарів-інтернів, випускників Донецького НМУ та Луганського ДМУ. З них за бюджетом – 28 осіб, за контрактом – 20 осіб. На майбутнє необхідно проводити виважену маркетингову політику на всіх етапах навчання студентів-контрактників (від кафедри до ННПО), основною ме-

тою якої буде доведення до відома студентів та їх батьків переваг підготовки в нашому ВНЗ, а саме: розумна, виважена цінова політика, використання в навчальному процесі багатoproфільних баз стажування, сучасної лікувально-діагностичної апаратури, що є на кафедрах і на базах, створення належних житлово-побутових умов та інше, а найголовніше – це відповідальне ставлення викладачів до своїх професійних обов'язків, зокрема це стосується кафедр, де одночасно проходить навчання студенти-старшокурсники та лікарі-інтерни.

На початку навчального року до Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ХНМУ кафедрами подано календарні плани навчання інтернів, робочі навчальні програми за спеціальностями. Інтерни своєчасно отримали особисту документацію.

У вересні 2014 р. проведено виробничі збори з лікарями-інтернами 1 року навчання, на яких інтерни були ознайомлені з “Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) у вищих медичних і фармацевтичних закладах III–IV рівнів акредитації”, питаннями організації навчального процесу, документообігом та ін.

Говорячи про якість підготовки лікарів-інтернів необхідно наголосити на тому, що основною спрямованістю навчання є органічне поєднання практичної та теоретичної підготовки фахівців. Усі кафедри, що проводять післядипломне навчання, розташовані на базі потужних медичних закладів м. Харкова з достатнім ліжковим фондом та сучасною лікувальною й діагностичною апаратурою. Повною мірою використовуються комп'ютерні технології в навчаючому й контролюючому режимах, а також з метою підготовки до ліцензійного іспиту “Крок-3” на базі обчислювального центру університету.

Кафедрами на початку очного циклу I року навчання проведено перевірку базового рівня знань лікарів-інтернів для подальшого врахування при складанні індивідуального плану навчання в інтернатурі. Аналіз результатів свідчить про необхідність збільшення часу на теоретичне навчання з метою забезпечення фундаментальних, пропедевтичних і спеціальних медичних знань згідно з фахом підготовки.

Оволодіння й удосконалення практичних навичок лікарів-інтернів здійснюється під час очного й заочного циклів навчання. Наскрізний план відпрацювання практичних навичок складається відповідно до плану роботи інтернів у відділеннях клінічних баз. Контроль рівня оволодіння практичними навичками проводиться під час очного циклу викладачами кафедри.

На засіданнях Вченої ради ННПО ХНМУ розглядаються й обговорюються питання підготовки спеціалістів в інтернатурі з щомісячним аналізом успішності, виконання індивідуальних планів навчання. ННПО ХНМУ й профільні кафедри постійно проводять контроль якості ведення документації з підготовки лікарів-інтернів на базах стажування.

Одним із етапів перевірки якості одержаних знань та підготовки лікарів-інтернів до самостійної роботи є складання ліцензійного інтегрованого іспи-

ту (ЛП) «Крок 3», який проводиться відповідно до наказів МОЗ України від 20.11.2006 р. № 762 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок-3. Загальна лікарська підготовка» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів» та № 763 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів».

Підготовка лікарів-інтернів до ЛП «Крок 3» проводиться згідно з розробленим ННПО ХНМУ Положенням про підготовку лікарів-інтернів до складання ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія»; організаційно-методичною структурою ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія», затверджених наказом ХНМУ від 17.11.2014 року № 406 та щорічним планом – графіком підготовки лікарів-інтернів до ЛП «Крок 3», який розсилається кафедрам на початку навчального року. Створено секцію з ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» при методичній комісії післядипломної освіти.

Контроль рівня фахових знань й вмінь лікарів-інтернів забезпечується завдяки постійному застосуванню тестів на всіх етапах навчання інтернів на кафедрах університету, а саме:

- у формі поточного контролю вхідного рівня знань та вмінь як складової частини оцінки базового рівня знань лікарів-інтернів;
- на встановлених кафедрою проміжних етапах поточного контролю в межах засвоєння окремих розділів дисциплін;
- при проведенні піврічного й річного підсумкового контролю, під час якого тестовий контроль є обов'язковим етапом.

На кафедрах, при яких навчаються лікарі-інтерни, наявні кафедральні банки тестів, що формуються з тестів Центру тестування МОЗ України, та буклети минулих років.

Крім кафедрального етапу підготовки до ЛП «Крок 3», тестове навчання лікарів-інтернів забезпечується контролюючо-навчальними тренувальними заняттями в комп'ютерних класах ННЦ університету, згідно зі створеним ННПО ХНМУ графіком занять, який затверджується першим проректором ХНМУ, професором В.А. Капустником.

Безперечно, успішному навчанню лікарів-інтернів та підготовці їх до тестування сприяє цикл лекцій та практичних занять відповідно до створеної МОЗ України програми з невідкладних станів, Положення про підготовку лікарів-інтернів до складання ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія»; організаційно-методичної структури ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія», затверджених наказом ХНМУ від 17.11.2014 року №406 із залученням кращих фахівців професорсько-викладацького складу ХНМУ.

Проведення контрольного тестування лікарів-інтернів забезпечується як кафедрами, так і Навчально-науковим центром ХНМУ й має декілька етапів:

I етап – вхідний контроль рівня підготовки до ЛШ «Крок 3» проводиться на кафедрах як складова перевірки базового рівня знань лікарів-інтернів, методика якої розроблена та затверджена методичною комісією з післядипломної освіти.

II етап – проміжний контроль, також проводиться на кафедрах з урахуванням корегування рівня знань після перевірки вихідного рівня знань.

III етап – тренувальні заняття в комп'ютерних класах ННЦ університету за буклетами минулих років з визначенням рівня знань, засвоєного в кінці 1-тижневого навчання в комп'ютерному класі згідно з графіком, розробленим ННПО ХНМУ й затвердженим проректором з науково-педагогічної роботи.

IV етап – заключний контроль рівня готовності інтернів до ЛШ «Крок 3» з тестовим контролем кафедри перед проведенням циклу лекцій з невідкладної допомоги як складової підготовки лікарів-інтернів до іспиту «Крок 3».

Завершальний етап – контрольне пілотне тестування, яке проводиться за 2 місяці до ЛШ «Крок 3» після закінчення циклу лекцій з невідкладної допомоги.

Контроль за методичним забезпеченням та організацією тестового навчання інтернів на кафедрах здійснюється секцією з ліцензійних іспитів «Крок 3», створеною при методичній комісії з післядипломної освіти. На засіданнях Вченої ради ННПО та методичної комісії з післядипломної освіти двічі на рік розглядаються питання підготовки інтернів до ЛШ «Крок 3. ЗЛП» й «Крок 3. Стоматологія». Кафедри подають інформацію до ННПО про підготовку інтернів до ЛШ «Крок 3», що дає змогу регулярно контролювати роботу кафедр з цього розділу роботи.

6 лютого 2015 року було проведено контрольне пілотне тестування, в якому взяло участь 179 лікарів-інтернів із 193 зареєстрованих. 6 лікарів-інтернів не з'явилися на пілотне тестування з поважної причини. Усього не з'явилось 12 осіб.

Проведений аналіз показав, що середні кафедральні результати коливаються в межах від 99,5% (каф. внутрішніх та професійних хвороб) до 42,75% (кафедра судової медицини). Група “ризик” (інтерни, які відповіли правильно менш ніж на 60,5%) склала 30 інтернів.

Відразу після проведення пілотного тестування на кафедри було подано інформацію з результатами тестування, з прізвищами інтернів, які не склали тест, та подальшим алгоритмом роботи з групою “ризик”.

Вживання ННПО заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до ЛШ «Крок 3» сприяло покращенню результатів складання інтернами ЛШ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» в 2015 році.

24 березня 2015 р. лікарі-інтерни склали ЛШ “Крок 3. Загальна лікарська підготовка”, 11 листопада 2014 р. – “Крок 3. Стоматологія”.

Лікарі-інтерни ХНМУ правильно відповіли на 77% при минулорічному показнику 77,3% (-0,3%).

Під час аналізу результатів складання ЛПІ “Крок 3. Загальна лікарська підготовка” за субтестами звертає на себе увагу те, що підвищились середні показники з розділу “Хірургічний профіль” (+3,7%), “Загальні питання” (+8%), “Педіатричний профіль” (+2,2%).

У тестуванні брали участь інтерни 23 спеціальностей.

Середні результати груп інтернів різних спеціальностей інтернатури коливаються в межах 46,2–84,5% (діапазон становить 38,3%). Найкращі результати продемонстрували інтерни зі спеціальності “Епідеміологія” (84,5%, 1 інтерн) та “Неврологія” (82,5%, 1 інтерн).

Найнижчі результати показали інтерни таких спеціальностей: “Судово-медична експертиза” (46,2%, 2 інтерни) та “Ортопедія і травматологія” (64,9%, 5 інтернів).

Із 189 лікарів-інтернів, які склали “Крок 3. Загальна лікарська підготовка” в березні 2015 року не витримали іспит 13 інтернів (6,9%), в 2014 – 14 інтернів (9,15%).

11 листопада 2014 року Центром тестування при МОЗ України було проведено ЛПІ “Крок 3. Стоматологія”. Іспит пройшов для інтернів 2-го року навчання. Усі інтерни-стоматологи склали іспит позитивно, крім двох (2,1%) – Зленко В.В., Курдюков А.В.

Інтерни-стоматологи правильно відповіли на 78,3% при минулорічному показнику 74,4% (+3,9%).

Завершальна атестація лікарів-інтернів у червні 2014 р. проходила за 17 спеціальностями з таким середнім балом: «Акушерство та гінекологія» (17 інтернів) – 3,9; «Загальна практика – сімейна медицина» (7 інтернів) – 4,0; «Внутрішні хвороби» (27 інтернів) – 4,4; «Патологічна анатомія» (5 інтернів) – 4,8; «Ортопедія і травматологія» (3 інтерни) – 4,3; «Педіатрія» (21 інтерн) – 4,47; «Анестезіологія та інтенсивна терапія» (16 інтернів) – 4,25; «Хірургія» (15 інтернів) – 4,5; «Загальна гігієна» (3 інтерни) – 4,6; «Епідеміологія» (4 інтерни) – 4,5; «Стоматологія» (93 інтерни) – 3,65; «Дитяча хірургія» (2 інтерни) – 5,0; «Дитяча анестезіологія» (3 інтерни) – 4,3; «Отоларингологія» (2 інтерни) – 5,0; «Офтальмологія» (4 інтерни) – 4,75; «Неонатологія» (3 інтерни) – 5,0; «Нейрохірургія» (3 інтерни) – 5,0. Усього 228 осіб.

Усі інтерни склали атестацію для визначення знань й практичних навичок позитивно. Середній бал відповідної атестації 2014 р. склав: у червні – 4,12 порівняно з показником 4,13 у 2013 року.

2014 р. завершили первинну спеціалізацію в інтернатурі 228 лікарів-інтернів з 1-, 2- та 3-річним терміном навчання за 17 спеціальностями та 27 лікарів з 1,5-річним терміном підготовки за 6 спеціальностями. Таким чином, минулого навчального року в межах надання первинної післядипломної спеціалізації підготовлено 255 лікарів за різними спеціальностями. Найбільша кількість інтернів підготовлена за такими фахами: «Стоматологія» (93), «Внутрішні хвороби» (27), «Акушерство і гінекологія» (17), «Хірургія» (15).

У січні 2015 року заключна атестація лікарів-інтернів проводилась із 7 спеціальностей згідно з розкладом, затвердженим ректором університету, середній бал такий: «Психіатрія» (2 інтерни) – 4,5; «Неврологія» (2 інтерни) – 5,0; «Радіологія» (5 інтернів) – 4,4; «Судово-медична експертиза» (9 інтернів) – 3,8; «Медицина невідкладних станів» (8 інтернів) – 4,0; «Інфекційні хвороби» (6 інтернів) – 4,5; «Дерматовенерологія» (1 інтерн) – 5,0.

Середній бал заключної атестації випускників-інтернів у січні 2015 році склав 4,2 порівняно з показником 4,1 у січні 2014 року.

Проведенню заключної атестації передував значний обсяг робіт з удосконалення її методики, яка була обговорена на профільних методкомах. Інтерни працювали в комп'ютерних класах з використанням комп'ютерних програм у режимі тренування зі спеціальності, а також комп'ютерної програми “Невідкладна допомога в медицині” – для інтернів усіх фахів. Під час проведення заключної атестації включались також питання із суміжних дисциплін – трансплантології, фтизіатрії, психіатрії, радіаційної медицини, трансфузіології та інших, відповідно до програм підготовки тієї чи іншої спеціальності.

Заклучна атестація лікарів-інтернів для визначення знань та практичних навичок за кожним фахом проходила 3 етапами:

а) комп'ютерний тест-контроль проводився завдяки комп'ютерній програмі, затвердженій МОЗ України, при якому кожен інтерн за визначений час відповідав не менше ніж на 15% питань від загальної кількості питань, з програми за умови не менш 75% правильних відповідей;

б) практична частина передбачала перевірку практичних навичок біля ліжка хворого з патологією відповідної спеціальності, що включала: курацію хворого, обстеження, постановку діагнозу, обґрунтування лікування та профілактичних заходів;

в) теоретична частина містила письмові й усні відповіді на білети, зроблені кафедрами та затверджені методичними комісіями і Вченою радою Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ХНМУ з наступною співбесідою із членами Державної комісії із заключної атестації.

Тестування, практичну й теоретичну частини заключної атестації проводив той же склад Державної комісії.

Усім випускникам-інтернам, які успішно склали заключну атестацію, вручені сертифікати лікаря-спеціаліста.

Вагомим засобом підвищення ефективності навчально-виховного процесу стало подальше втілення рейтингової навчальної діяльності лікарів-інтернів, що дозволило проводити систематичний аналіз поточної успішності, підвищувати рівень здійснення поточного контролю з боку викладачів на очному циклі.

Для виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.08.2010 р. № 1726 “Про підвищення рівня працевлаштування випускників вищих навчальних закладів” у складі Навчально-наукового інституту після-

дипломної освіти створено сектор сприяння працевлаштуванню випускників, основним завданням якого є:

- вивчення постійного попиту й пропонування на ринку праці медичних працівників;
- налагодження співпраці з державною службою зайнятості, лікувальними установами та Головним управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації;
- надання інформації студентам, випускникам і лікарям-інтернам про вакантні робочі місця відповідно до їх фахової підготовки;
- надання консультацій студентам і випускникам з питань оформлення власного резюме та розміщення їх на сайті ХНМУ;
- інформування деканатів та випускових кафедр про наявні вільні вакансії для подальшого працевлаштування випускників.

Метою діяльності сектора є створення умов для ефективної реалізації права випускників університету на працю, сприяння забезпеченню першим робочим місцем, підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці, а також накопичення й поновлення бази даних вільних вакансій лікарів-спеціалістів у лікувальних установах Харківського регіону.

Налагоджено співпрацю ХНМУ з державною службою зайнятості Харківської області, Департаментом у справах молоді та спорту. У межах угоди про “Спільну діяльність” та “План спільних дій” між нашим університетом і міським центром зайнятості, університет одержує від центру інформацію щодо потреби лікувальних закладів Харківського регіону в лікарях-спеціалістах. Ця інформація розміщується на сайті ХНМУ й доводиться до відома лікарів-інтернів та випускників ХНМУ, які звертаються за допомогою стосовно працевлаштування.

На сайті нашого університету розміщено інформацію щодо створеного сектору, техніки ефективного пошуку роботи й інформацію щодо вакансій лікарів-спеціалістів у лікувальних установах і організаціях Харкова та Харківської області та інших регіонів України.

З випускниками ХНМУ, які звертаються в ННПО з питань працевлаштування, проводиться індивідуальна робота, пропонуються наявні вакантні лікарські посади в лікувальних установах Харківщини й інших областей, що надали відповідні пропозиції до нашого навчального закладу, формується база даних вакантних робочих місць.

Таким чином, слід зауважити, що в роботі з лікарями-інтернами необхідно покращувати наступність та взаємозв'язок очного й заочного циклів навчання, керувати практичною спрямованістю підготовки. Для інтернів базовим матеріалом мають стати стандартизовані МОЗ України протоколи обстеження й лікування хворих. Потребує більшої уваги виконавча дисципліна викладачів, які працюють з інтернами, профорієнтаційна робота з випускниками університету.

ЛИХОМАНКИ НЕЗРОЗУМІЛОГО ПОХОДЖЕННЯ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Акініна М.М., Кузнєцов С.В.

У сучасній педіатричній практиці ще залишаються деякі проблеми клініко-діагностичного характеру. Не останнє місце посідають лихоманки незрозумілого походження – гарячкові стани, які тривають більше 3 тижнів, з відсутністю інших клінічних проявів. Цей патологічний стан може бути варіантом розвитку як інфекційної (вірусної, бактеріальної типової й атипової природи), так і різноманітної соматичної патології, що має аутоімунний механізм (системні захворювання сполучної тканини, особливо ревматоїдний артрит і дерматоміозит; аутоімунний гепатит) чи є неопластичним процесом, головним чином, гематологічним (лейкози, лімфогранулематоз); а також варіантом захворювань залоз внутрішньої секреції (аутоімунного тиреоїдиту Хашимото та Ріделя, гіпоталамічного синдрому в підлітків). Діагностичні труднощі полягають у тому, що витрачається багато часу, матеріальних та інтелектуальних ресурсів для визначення причин такого патологічного стану, як лихоманка незрозумілого походження. Серед великої кількості чинників розвитку лихоманок незрозумілого походження превалюють саме інфекційні (65–88%).

За результатами вивчення 107 випадків лихоманок незрозумілого походження в дітей, госпіталізованих у діагностичне відділення ОДІКЛ м. Харкова, інфекційну патологію верифіковано у 83 (80%) хворих. Під час верифікації збудників виявлено бета-гемолітичний стрептокок – 51,67%, герпесвіруси – 36,67%; хламідії – 20%; мікоплазми – 10%; аденовіруси – 1,66%. Етіологічні чинники обумовили як моно-, так і мікст-інфекцію, у зв'язку з чим пацієнти були розподілені на групи з монобактеріальними, моновірусними, мікст-вірусними та вірусно-бактеріальними інфекціями.

Метою дослідження було виявити особливості режиму функціонування цитокінової системи в дітей з різними за інфекційною етіологією лихоманками незрозумілого походження шляхом визначення рівня інтерлейкінів (ІЛ) – 1 β , 4, чинника некрозу пухлин (ЧНП) у крові хворих та встановлення кореляційних зв'язків віднайдених показників.

У хворих на монобактеріальні й моновірусні інфекції характер кореляцій за отриманими результатами вивчення показників цитокінової системи має компенсаторну спрямованість, що дозволяє розцінювати її функціонування в нормальному режимі. У хворих на мікст-вірусні інфекції функціонування цитокінової системи здійснюється в режимі гіперкомпенсації з явищами виснаження. У хворих на вірусно-бактеріальні інфекції більшість кореляційних взаємодій має низький, умовний характер, що свідчить про депресію цитокінової системи. За даними результатів дослідження, у дітей з лихоманками різного інфекційного походження визначено різноманітні режими роботи цитокінової системи, що може бути використаним для вдосконалення попередньої етіологічної діагностики інфікування.

Таким чином, визначення режиму функціонування цитокінової системи в дітей з лихоманками інфекційного походження є певною мірою показником вірогідного етіологічного розшифрування гіпертермії, а також тактики лікування хворих, що, на наш погляд, необхідно використовувати в практичній медицині.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ

Андруша А.Б.

Важной составляющей повышения квалификации врача-интерна является самосовершенствование, заключающееся в самостоятельном поиске и анализе новой надежной информации и внедрении ее во врачебную деятельность. Мы живем в эпоху неуклонного роста потока медицинской информации, поэтому врач-интерн остро нуждается в критической оценке информации. Традиционная система обучения интерна имеет некоторые недостатки. Одним из них является субъективизм получаемой от преподавателя информации. Как инструмент борьбы с субъективизмом интернам необходимо использовать свои знания в области доказательной медицины. Преподаватели должны учить специалиста самостоятельно приобретать знания на протяжении всей профессиональной деятельности, оказывать помощь в выявлении клинической проблемы. А слушатели (интерны) должны стать активными участниками процесса образования: самостоятельно проводить информационный поиск, критически оценивать степень ее доказательности и внедрять рекомендации на практике. Важно умение критически оценивать возможность применения на практике полученных результатов. Таким образом, одним из условий повышения квалификации врачей-интернов является необходимость внедрения систематической подготовки специалистов по вопросам доказательной медицины. Для достижения этой цели необходимо обеспечить наличие образованных в вопросах доказательной медицины преподавателей кафедр последипломного образования; включить в программу подготовки циклы по основам доказательной медицины, обеспечить врачам-интернам доступ к компьютерной технике и интернет сети. Для анализа интернами иностранных медицинских публикаций необходимо владение английским языком на достаточном уровне. Оптимальным является отработка практических навыков по получению, анализу и использованию основ доказательной медицины в клинической практике, что приведет к овладению врачами-интернами новых подходов к диагностике и лечению, как оптимального сочетания мировых достижений с собственным опытом.

НАВЧАННЯ В АСПРАНТУРІ: ПОГЛЯД ІЗ СЕРЕДИНИ

Бабак О.Я., Молодан В.І., Лапишина К.А.

Аспірантура є формою підготовки науково–педагогічних та наукових кадрів вищої кваліфікації та передбачає навчання з відривом і без відриву від виробництва.

Аспірантура – це самостійна форма навчання, за якої аспіранти займаються науковою роботою, а результати її висвітлюються в дисертації. Мета такого навчання – сформуванню наукове мислення на основі професійних навичок. Аспірантура призначена для реалізації творчого потенціалу, а також для отримання додаткових знань за фахом.

Профіль підготовки аспірантів відповідає пріоритетним напрямам наукової діяльності університету та фактично охоплює всі напрями, за якими в університеті здійснюється підготовка фахівців за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями. При розробці планів підготовки науково-педагогічних кадрів враховуються потреби кафедр в докторатах та кандидатах наук з урахуванням перспективного розвитку спеціальностей і наявного складу кафедр.

На початковому етапі підготовки дисертації за здобувачем наукового ступеня закріплюється офіційний науковий керівник, який допомагає здобувачеві скласти індивідуальний план його роботи – основний документ на період роботи над дисертацією, що визначає наукову спеціалізацію, навчальну діяльність в аспірантурі, термін складання кандидатських іспитів. У плані остаточно формулюється обрана тема і фіксуються терміни роботи над окремими главами.

Одним із найважливіших етапів підготовки дисертації є вибір теми. Правильно обрана й сформульована тема дозволяє скласти чіткіше уявлення про подальші кроки дослідження. Тому роботу над дисертацією доцільно починати після формулювання і всебічного аналізу її теми. Темі дисертацій пов'язуються, як правило, з основними науково - дослідними роботами, що виконуються вищими навчальними закладами або науковими установами і затверджуються вченими радами. Функціями наукового керівника є: допомога у виборі й формулюванні теми і складанні робочого плану; регулярні консультації, у ході яких здобувачеві рекомендується необхідна наукова література й інші матеріали з теми. Аспірант вибирає цікавий для нього й актуальний для наукового світу напрямок, визначається з темою дослідження, вивчає літературу з обраної теми, проводить низку експериментів, отримує й систематизує дані, порівнює отримані результати з уже наявними в науці і робить висновки.

Навчання аспіранта проходить за індивідуальним планом. Індивідуальний план роботи над дисертацією передбачає: написання дисертаційної роботи, складання кандидатських іспитів зі спеціальності, іноземної мови й філософії та, у разі необхідності, додаткового іспиту, визначеного рішенням спеціалізованої вченої ради закладу, установи, де планується захист дисертації, заліків з дисциплін, визначених рішенням Вченої ради вищого навча-

льного закладу з урахуванням профілю підготовки, а також педагогічну практику. Так, перед початком чергового навчального року навчання аспірант вказує, які іспити цього року він збирається скласти, у якій формі опублікувати результати дослідження тощо, а після закінчення року фіксує те, що було виконано реально. Рекомендації з планування навчання надаються аспірантам відразу після зарахування, під час вступних лекцій.

Результатом навчання в аспірантурі є написання й захист кандидатської дисертації. Завершена й відповідним чином оформлена робота подається для попередньої рецензії на кафедру, де вона виконувалась або до якої був прикріплений здобувач. Висновок кафедри є першою й дуже важливою експертною дисертації щодо її відповідності вимогам. Аспірантом, який успішно закінчив навчання, вважається той, що написав дисертацію і пройшов її попередній захист, тобто подав готову роботу для обговорення на розширеному засіданні тієї кафедри, де проходить навчання аспірант. На попередній захист запрошуються представники інших кафедр і навчальних закладів. Після чого дисертація може бути подана до спеціалізованої вченої ради.

На кафедрі внутрішньої медицини № 1 з 2005 року пройшли навчання 8 аспірантів: Степанова О.В., Клименко Н.М., Хайсам Абдала, Молодан Д.В., Андрєєва А.А. Вони успішно написали й захистили свої дисертаційні роботи. Степанова О.В. і Андрєєва А.О. працюють асистентами на кафедрі, Клименко Н.М. викладає в КНМУ ім. О.О. Богомольця, Хайсам Абдала працює кардіологом у провідній клініці Єгипту, Молодан Д.В. є асистентом кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1, основ біоетики та біобезпеки ХНМУ. Сьогодні в аспірантурі при кафедрі навчаються Зайцева М.М., Тельнова С.М. 2015 року запланувала наукову роботу Лапшина К.А.

Підвищенню ефективності навчання в аспірантурі при кафедрі внутрішньої медицини № 1 сприяє тісна взаємодія між кафедрою та базою кафедри НІТНАМНУ, які утворюють науково навчальне об'єднання. Завдяки спільній роботі двох творчих колективів, є можливість використовувати сучасні діагностичні й лікувальні методики під час проведення досліджень, що дозволяє аспіранту повноцінно зануритись у наукове середовище та сформувавши наукове мислення.

Аспірантура – це додаткова можливість для професійного й особистісного розвитку, це досвід аналітичної роботи, написання наукових статей, підготовки доповідей і звітів. У медицині аспірантура – це підвищення кваліфікації, яке сприяє кар'єрному росту. Шлях до вершини знань істотно відрізняється за важкістю і характером сходження залежно від виду обраної науки, за якою присуджується вчений ступінь.

Література

1. Підготовка і захист дисертації на здобуття наукового ступеня у галузі технічних наук: Інформ.-навч. посіб. / Автори-упорядники: д-р техн. наук, проф. В.С. Моркун, канд. техн. наук В. В. Тронь. – Кривий Ріг: КНУ, 2013. – 117 с.

2. Кому і навіщо потрібна аспірантура? / <http://megasite.in.ua/35219-komu-i-navishho-potribna-aspirantura.html>

3. Дисертація і вчений ступінь. Посібник для пошукачів /Райзберг Б.А. – 3-є видавництво, доп. – М.: Инфра-м, 2003. – 411 с.

4. Полное описание процесса обучения аспиранта / <http://www.mesi.ru/education/graduate/students/graduate/>

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ – КАЛЬКУЛЯТОРІВ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХНМУ

Бабак О.Я., Просоленко К.О., Молодан В.І., Панченко Г.Ю., Супрун С.А.

Використання інтернет-ресурсів у медичній освіті на сьогоднішній день є загальноприйнятим та високоефективним інструментом навчання. Це стосується, у першу чергу, Інтернету як джерела корисної (часто безкоштовної) літератури, також спеціальних тематичних сайтів, вебінарів тощо.

При цьому сучасні стандарти діагностики й лікування хвороб внутрішніх органів диктують необхідність використання спеціальних показників, як для діагностики захворювань, так і для визначення прогнозу захворювання. Одним з найбільш затребуваних діагностичних показників є показник швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), який необхідно розраховувати у великій кількості хворих терапевтичного профілю, у першу чергу у пацієнтів з хронічними хворобами нирок та гіпертонічною хворобою. Без визначення цього показника не можливе правильне формулювання діагнозу в цієї групи хворих. Показник ШКФ визначається за декількома складними формулами (формула Кокрофта-Голта, MDRD та ін.). Такі розрахунки можуть бути складними для лікаря без використання спеціальних комп'ютерних програм, та призвести до постановки неправильного діагнозу.

Прикладом «прогностичного» показника може бути індекс MELD (The Model for End-Stage Liver Disease), що був розроблений та опублікований у 2001 році спеціалістами з відомої клініки Mayo. Показник було знайдено для пацієнтів з хронічним захворюваннями печінки, зокрема цирозом печінки. На сьогодні його використання необхідне для правильної оцінки прогнозу захворювання та включене до сучасних міжнародних протоколів курації хворих. Формула розрахунку також є досить складною: $MELD = 10 \cdot C (0,957 \cdot L_n(\text{рівень креатиніну}) + 0,378 \cdot L_n(\text{рівень загального білірубіну}) + 1,12(\text{МНВ}) + 0,643 \cdot X)$, де $X=0$ при алкогольній або холестатичній етіології, $X=1$ при іншій причині захворювання); МНВ – міжнародне нормалізоване відношення. Інтерпретація MELD Score у госпіталізованих пацієнтів проводиться в контексті трьох місячної смертності та складає: при показнику 40 або більше – 71.3%, 30–39 – 52.6%, 20–29 – 19.6%, 10–19 – 6.0%, <9 – 1.9% смертності.

Слід зазначити, що сьогодні в лікарів немає проблем з доступністю мобільних інтернет-приладів, таких як смартфони та планшети. Більшість медичних сайтів, яка містить інтернет-калькулятори, є мобільні версії, а лікар може послуговуватися ними навіть під час обходу у відділенні. Важливим моментом у використанні цих та інших індексів є джерело (сайт) інформації.

Для розрахунку показників треба використовувати перевірені сайти. Наприклад стосовно індексу MELD краще послуговуватися інтернет-ресурсом розробників: <http://www.mayoclinic.org>.

Таким чином, використання діагностичних та прогностичних індексів у курації терапевтичних хворих є вимогою сучасності. Використання інтернет-калькуляторів для визначення цих показників, може оптимізує курацію терапевтичних хворих. Володіння навичками використання інтернет-ресурсів лікарями-інтернами може підвищити ефективність лікувально-діагностичної роботи.

ІНТЕРНАТУРА НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1

Бабак О.Я., Молодан В.І., Лапишина К.А., Молодан Д.В.

«Істинний учитель проживає два життя – своє і життя своїх учнів»

С.Я. Штейнберг (1891–1967)

«Покажи мені своїх учнів, і я побачу тебе»

А. Дістервег (1790–1866)

Первинна спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації.

Мета інтернатури полягає в підвищенні рівня практичної підготовки випускників вищих медичних закладів освіти, їх професійній адаптації до самостійної лікарської діяльності.

Основне завдання інтернатури зі спеціальності „Внутрішні хвороби” – набуття знань, професійних умінь і навичок за кваліфікаційною характеристикою лікаря-терапевта. Інтернатура проходить у формі очно-заочного навчання терміном 2 роки.

Очна й заочна частина інтернатури триває по 11 місяців (по 1716 годин).

«Типовий навчальний план та програма спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності “Внутрішні хвороби” Київ-2013р.

Історія впровадження інтернатури

Першою спробою впровадити навчання в інтернатурі слід вважати пропозицію («Рапорт» від 1843 року) професорів Імператорського Московського університету А.І.Овер (факультетська терапевтична клініка) і А.І. Поль (госпітальна хірургічна клініка). «При клініці повинні бути постійно 6 студентів, по одному при кожному ад'юнкті або асистенті, вони можуть називатися клінічними студентами (Internes). Проживаючи в лікарняному будинку, вони кілька разів на день повинні відвідувати хворих тих асистентів, при палатах яких вони навчаються. За таких умов вони незрівнянно швидше будуть знайомитись з усіма практичними предметами і тому багато виграють порівняно зі студентами, які приходять у клініку лише для навчання. Немає можливості надати таку перевагу всім, дуже бажано, щоб нею скористалися хоча б деякі». На жаль, цю пропозицію А.І.Овера і А.І.Поля прийнято не було.

У Радянському Союзі інтернатуру було запроваджено 1967 року. Відповідно до Постанови Ради Міністрів СРСР від 10 лютого 1967 № 130 «Про організацію у вигляді досвіду однорічної спеціалізації (інтернатури) випускників ряду медичних інститутів» однорічна інтернатура була впроваджена лише в декількох вишах, серед яких був Харківський медичний інститут (окрім того, викладання було розпочато в 1-му Московському, 1-му Ленінградському та Кишинівському медичних інститутах).

У подальшому згідно з постановою Ради Міністрів СРСР № 517 від 5 липня 1968 «Про заходи щодо подальшого поліпшення охорони здоров'я і розвитку медичної науки в країні», МОЗ СРСР запровадило інтернатуру як обов'язкову форму вдосконалення спеціальних знань лікарських кадрів.

На першому етапі (1967–1997 рр) інтернатура була заочною й однорічною. З 1998 року вона стає очно-заочною. З 2006 року в Україні навчання лікарів-терапевтів триває 2 роки.

Викладачі кафедри, які займалися підготовкою лікарів-інтернів

На початковому етапі (1967р.) в інтернатурі викладали завідувач кафедри проф. Л.Т. Мала, доц. Малюков В.М., доц. Власенко М.А., ас.Череватов Б.Г. (виїзна інтернатура в Сумській області), ас.Омельченко А.П., ас.Германович Г.М. Починаючи з 2000 р., інтернатурою займалися проф. Фадеєнко Г.Д., проф. Бондаренко І.П., доц. Власенко М.А., доц. Наугольнова С.Б., доц. Шелест О.М., доц. Молодан В.І. Після смерті Л.Т. Малої інтернатуру на кафедрі було відновлено (2006 р.) навчання лікарів-інтернів проводили проф. Бабак О.Я., проф. Фадеєнко Г.Д., доц. Молодан В.І.

База кафедри внутрішньої медицини № 1

Кафедра розташована на базі ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» (210 ліжок). Це провідна установа в системі НАМН і МОЗ України, її колектив займається фундаментальними й прикладними науковими дослідженнями в галузі терапії. Клініка Інституту має вищу атестаційну категорію. Основними її підрозділами є: відділення реанімації та інтенсивної терапії, ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії і захворювань нирок. гастроентерологічне відділення, лікувально-діагностичний терапевтичний центр, консультативна поліклініка.

Ще однією базою кафедри є КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 28» (130 ліжок), до складу якої входять загальнотерапевтичне, кардіологічне й ревматологічне відділення. Заняття з лікарями-інтернами проводяться на базі спеціалізованого ревматологічного відділення.

Під час навчання на кафедрі лікарі-інтерни разом із викладачами й завідувачем кафедри щоденно проводять курацію хворих у відділеннях клініки. Лікарі-інтерни беруть участь в обходах завідувачів наукових підрозділів і завідувачів відділень Інституту, у консилиумах складних хворих. Важливим є те, що на базі Інституту інтерни мають можливість ознайомитись із проведенням діагностики й лікування хворих відповідно до сучасних національних та європейських стандартів. Покращенню підготовки лікарів-інтернів сприяє їх чергування в клініці Інституту, яке проводиться двічі на місяць, у тому числі у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

Принципи проведення підготовки лікарів-інтернів на кафедрі

Викладання інтернатури на кафедрі проводиться згідно до «Типового навчального плану та програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності “Внутрішні хвороби” і має свої традиції, започатковані акад. Л.Т. Малою. Зокрема це:

1. єдність традицій (терапевтичної школи академіка Л.Т. Малої) та сучасних медичних технологій;
2. використання інноваційних технологій у навчальному процесі;
3. діагностичні та лікувальні технології згідно з національними та європейськими стандартами;
4. висока професійна підготовка викладачів кафедри й медичного персоналу бази стажування;
5. сучасне технічне забезпечення бази стажування.

До технічного забезпечення інтернатури належить:

1. система томографічна комп'ютерна HiSpeed CT/e Dual (США);
2. відео-ендоскопічна система V-70, Fujinon (Японія);
3. ультразвукова інтелектуальна діагностична система Philips IU-22 (Нідерланди); УЗІ апарати з доплером LOGIQ 5 (США), Vivid 3 (США);
4. стрес-система з біговою доріжкою Cardio Control Treadmill (Нідерланди);
5. система Холтерівського моніторингу Philips (Нідерланди), Dia Card (Україна);
6. денситометр ультразвуковий Achilles (Франція) та ін.

Традиційні й інноваційні методи проведення занять

Найбільш ефективними формами проведення занять в інтернатурі є проблемне заняття й клінічний розбір. Це пов'язано з тим, що зазначені навчальні форми максимально активізують процес здобуття знань, роблячи його найбільш тотожним повсякденній лікарській практиці.

Застосовуються такі методи проведення занять:

- клінічний розбір, проблемне навчання, семінари, лекції

	Лекція	Семінар	Проблемне заняття	Клінічний розбір	Консультація
Активність навчання	низька	варіативна	висока	средня-висока	низька
Реальність ситуації	низька	средня	средня	висока	висока

- заняття-тренінг, робота на фантомах, ігрові навчальні технології та ін.;
- віртуальне заняття з використанням мультимедійних засобів;
- участь у роботі й підготовка науково-практичних конференцій;
- участь у роботі терапевтичних товариств Харківського медичного товариства;
- дистанційні форми навчання під час заочного циклу (онлайн консультування, клінічні розбори, вебінари, семінари, лекції, відеоархіви конференцій та ін.).

Методичні матеріали, підготовлені на кафедрі для проведення занять в інтернатурі

Колектив кафедри приділяє значну увагу підготовці навчально-методичного матеріалу для проведення занять з лікарями-інтернами, а також написанню медичної літератури для лікарів-інтернів.

Методичні рекомендації до всіх практичних, семінарських занять і лекцій очного й заочного етапу навчання.

Підручники

Клінічна фармакологія / Під ред. О.Я. Бабака, О.М. Біловола, І.С. Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 826 с. (затверджено МОЗ та МОН України для студентів та лікарів-інтернів; перевидання з доповненнями 2010 та 2012 р. (російською мовою).

Навчальні посібники та довідники

- Неотложные состояния в практике врача-терапевт / Под ред. Бабака О.Я. // Довідник для лікарів-інтернів – К.: ООО «Доктор-Медиа», 2011. – 276 с. перевидання з доповненнями. – 2012 р. – 330 с.).

- Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов. Учебное пособие в 2 томах / под ред. О.Я. Бабака // Справочник врача «Семейный врач, терапевт». – К.: ООО «Доктор_Медиа», 2011. – Т. 1. – 618 с., Т. 2. – 454 с.

- Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / Под редакцией академика НАМНУ А.Н. Беловола // Руководство "Врач-терапевт, врач общей практики – семейной медицины". К.: ООО "Бібліотека "Здоров'я України", 2013. – 704 с.

Монографії

- Артериальная гипертензия, патогенез метаболических нарушений и терапевтическая стратегия / Под ред. О.Я. Бабака, Г.Д. Фадееенко, В.В. Мясоєдова. Харьков: ХНМУ, 2011. – 251 с.

- Цирроз печени / Бабак О.Я., Колесникова Е.В. – К., 2011. – 576 с.

- Хронічна серцева недостатність: патогенетичні механізми і клінічні аспекти лікування: навч. Посібник / О.М. Біловола, О.Я. Бабак, І.І. Князькова. – Тернополь : Укрмедкнига, 2012. – 792 с.

- Гепатопротекторы от теории к практике / Фадееенко Г. Д., Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Фоменко П.Г. – Донецк: ООО "Лебедь". – 2012. – 156 с.

- Гипертоническая болезнь и ожирение / Беловол А.Н., Тверетинов А.Б., Школьник В.В., Фадееенко Г.Д. – Тернополь: ТГМУ, 2013. – 344 с.

Виконання науково-практичної роботи

НПР забезпечує набуття лікарями-інтернами навичок самостійної роботи з науковою літературою, формує здатність до аналізу й узагальнення матеріалу, розвитку клінічного мислення, вільного викладу своїх думок, критичне осмислення даних літератури (НАКАЗ № 291 від 19.09.96 Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих

медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівня акредитації медичних факультетів університетів).

За період з 2006 по 2014 н.р. лікарі-інтерни, які навчались на кафедрі, підготували 91 науково-практичну роботу, представлену на заключній Державній атестації з інтернатури.

Було виконано й захищено 21 магістерську науково-кваліфікаційну роботу (2006–2008 н.р.: Клименко Ю.М., Клименко Н.М., Копиця Г.П.; 2007–2009 н.р.: Огнєва О.В., Кочубей О.А., Кучеренко Д.О., Ярмач С.В.; 2008–2010 н.р.: Молодан Д.В.; 2009–2012 н.р.: Гетьман О.А., Коноваленко Т.М., Кулініч В.С., Сухонос Н.К.; 2010–2012 н.р.: Грязнова О.В., Гончарь О.В., Зайцева М.М.; 2011–2013 н.р.: Бутова Т.С., Кукушка О.В., Терешкін К.І.; 2012–2014 н.р.: Лапшина К.А., Яресько М.В.).

Патенти, які підготували лікарі-інтерни: «Спосіб лікування гіпертонічної хвороби у хворих з ожирінням та цукровим діабетом 2 типу залежно від наявності Pro12Ala поліморфізму гена PPARG» (Клименко Н.М.); «Спосіб лікування хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ожирінням» (Кочубей О.А.); «Спосіб лікування жінок, хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з цукровим діабетом II типу» (Ярмач С.В.); «Спосіб лікування гіпертонічної хвороби у хворих з ожирінням на фоні цукрового діабету 2 типу» (Чирва О.В. Молодан Д.В.).

Участь у науково-практичних конференціях

Під час навчання на кафедрі лікарі-інтерни беруть активну участь у роботі й організації науково-практичних конференцій, які здебільшого розглядаються як важливий компонент навчального процесу. Проведення конференції та підготовка презентації спонукає лікаря-інтерна до більш ретельного й глибокого опрацювання навчального матеріалу, учить його презентувати інформацію для аудиторії. Робота лікаря-інтерна над доповіддю спонукає до систематизації знань, створює позитивний емоційний фон у групі, що підвищує ступінь засвоєння знань.

Разом зі спілкою молодих учених ХНМУ інтерни щорічно організовують конференцію «Медицина третього тисячоліття» та англomовну конференцію «International Scientific Interdisciplinary Conference (ISIC)». Лікарі-інтерни й представники спілки молодих науковців інститутів академії медичних наук України проводять конференцію «Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики». Лікарі-інтерни беруть участь у роботі конференцій, які проходять у НІТНАМНУ. Найбільш значущими є конференція, присвячена пам'яті акад. Малої Л.Т., «Щорічні терапевтичні читання» та конференція «Медична наука і клінічна практика: минуле, сьогодні, майбутнє», які проводяться щорічно. У клініці НІТНАМНУ існує можливість відвідувати клінічні розбори й патологоанатомічні конференції, брати участь у роботі засідань товариства терапевтів, кардіологів та гастроентерологів. Ефективним напрацюванням викладачів кафедри є використання на заняттях та під час самостійної підготовки лікарів-інтернів медичних ресурсів мережі Інтернет. Викладачі послуговуються інформацією

із сайту «ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – Україна» (<http://www.chil.com.ua/>), сайту Національного Інтернет-товариства спеціалістів із внутрішніх хвороб (Москва) (<http://интернет-сессия.рф/sessions/>) та таких медичних сайтів, як:

<http://www.mozdocs.kiev.ua;>

<http://base.medukraine.com;>

<http://www.ukrcardio.org/>, <http://urgent.health-ua.com/>, [http://urgent.mif-ua.com/archive/issue-15105/;](http://urgent.mif-ua.com/archive/issue-15105/)

<http://www.likar.info/>, <http://ukrmed.org.ua/>, [http://www.pharmateca.ru/;](http://www.pharmateca.ru/)

<http://www.medix.ru/bezboli/spina.htm>, [http://spinet.ru/;](http://spinet.ru/)

[http://www.nedug.ru/lib/lit/therap/01nov/therap500/therap.htm;](http://www.nedug.ru/lib/lit/therap/01nov/therap500/therap.htm)

<http://emedicine.medscape.com/> та ін.

На кафедрі внутрішньої медицини №1 щороку проходить заключна державна атестація інтернів-терапевтів кафедр ХНМУ. На ній підводяться підсумки дворічного навчання в інтернатурі. Вона складається з трьох етапів: комп'ютерний контроль знань та вмій; оцінка вмій і ступеня оволодіння практичними навичками; співбесіда для визначення рівня теоретичної підготовки лікарів-інтернів. Оцінку знань лікарів-інтернів проводить комісія, її очолює завідувач кафедри внутрішньої медицини №1 проф. Бабак О.Я. До її складу входять представники ректорату, керівництво Навчально-наукового інституту післядипломної освіти, завідувачі терапевтичними кафедрами ХНМУ та викладачі, які займаються з інтернами.

Під час екзамену лікарі-інтерни відповідають на питання, що стосуються історії терапевтичної школи ХНМУ, діагностики, диференційної діагностики, лікування та трудової експертизи захворювань внутрішніх органів. В екзаменаційних білетах містяться запитання про невідкладні стани, про фтизіатрію та інфекційні захворювання. Лікарі-інтерни демонструють своє вміння розшифровувати ЕКГ, рентгенограми та УЗД малюнки, виписувати рецепти. Екзамен як форма контролю дозволяє підсумувати й оцінити рівень знань майбутніх спеціалістів.

УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ОФТАЛЬМОЛОГОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

Бездетко П.А., Зубарев С.Ф., Панченко Н.В., Савельева А.Ю., Тарануха О.А.

Первый этап учебного процесса врачей-интернов офтальмологов начинается заочным циклом в августе. Ответственные за заочный цикл главные областные специалисты – заведующий взрослым глазным отделением и заведующая детским глазным отделением. Они проводят первое занятие, на котором определяют права и обязанности врачей-интернов, обеспечивают их планом работы на этот период. Далее занятия проводятся в консультативной поликлинике областной клинической больницы - во взрослом и детском глазных кабинетах.

Врачи-интерны знакомятся с организацией амбулаторного обследования больных Харьковской области, документацией, правилами и процессом

диспансеризации, показаниями для амбулаторного лечения и направления на стационарное лечение.

Врачей-интернов знакомят с методами исследования зрительных функций органа зрения, правилами и процессом приема пациентов. За этот период врачи-интерны принимают активное участие в исследовании остроты и полей зрения, определении цветового и бинокулярного зрения, проведении тонометрии, офтальмометрии, наружного осмотра. Осваивают осмотр органа зрения методами бокового освещения и в проходящем свете, обучаются офтальмоскопии. Таким образом, с первых дней обучения интернам прививаются практические навыки, умения в обследовании больных. Большое внимание уделяется деонтологии.

Второй этап первого года обучения – очный цикл (сентябрь-январь) - занятия проводятся на кафедре профессорами и доцентами. На кафедральном совещании врачей-интернов знакомят с периодами обучения, правами и обязанностями, обеспечивают тематическими планами на весь учебный год, выдают учебно-методическую кафедральную литературу. Отмечают необходимость четкого ведения документации – папки с документами врача-интерна и папки с ежемесячными дневниками.

Практические и семинарские занятия, лекции проводятся в учебных комнатах, полностью оснащенных необходимой аппаратурой, инструментарием, полным набором таблиц и слайдов в соответствии с тематическим планом.

На практических занятиях, в процессе теоретической и практической части, врачи-интерны приобретают необходимые практические навыки при обследовании пациентов: как взрослых, так и детей. Участвуют в консультациях профессоров и доцентов, на клинических ежедневных разборах, амбулаторном приеме. Большое значение придается компьютерному контролю знаний на кафедре и в компьютерном центре университета. Каждый врач-интерн два раза в месяц является помощником дежурного врача в глазном отделении – участвует в оказании urgentной помощи поступающим больным.

Второй заочный цикл врачей-интернов первого года обучения проходит с марта до конца июня. Врачи-интерны работают под руководством заведующих отделениями – взрослого и детского. Большая часть занятий проводится в стационарах. Интерны, под руководством заведующих курируют больных, принимают участие в ассистенциях на операциях, выполняют фрагменты операций, самостоятельно – амбулаторные операции. Продолжают принимать участие в дежурствах по оказанию urgentной помощи. Работают на амбулаторном приеме в консультативной поликлинике – во взрослом и детском глазных кабинетах.

Посещают лабораторию индивидуального протезирования, где ознакомляются с показаниями и противопоказаниями протезирования.

Овладевают практическими навыками по обследованию и назначению контактной коррекции аметропии в лаборатории контактной коррекции зре-

ния. Знакомятся и овладевают современными методами исследования при патологии глазного яблока и придаточного аппарата – на аппаратуре кафедральной, глазных отделений областной больницы, в центре офтальмологической диагностики «Зір». Ежемесячно проводится компьютерный контроль знаний на кафедре и в компьютерном центре нашего университета.

Все вышеуказанное способствует качественному овладению теоретическими знаниями и практическими навыками.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бойко В.В., Макаров В.В., Григоров Ю.Б.

Актуальность темы. Более 80 % выявляемых узловых образований молочных желез являются доброкачественными новообразованиями [3]. Наиболее часто в качестве основного доступа при удалении доброкачественного узлового образования молочной железы применялся радиарный разрез [1, 2].

Однако молочная железа кроме выполнения физиологической функции является еще и органом эстетическим, а после операций с применением радиарного разреза остаются грубые, часто гипертрофические и иногда келоидные рубцы. Возникающие рубцовые деформации кожи молочной железы отрицательно сказываются на психоэмоциональном состоянии женщин, особенно молодого возраста. Страх перед уродующей операцией приводит к несвоевременному обращению к специалисту при обнаружении уплотнений в молочной железе и возникновению запущенных форм рака молочной железы [3].

С целью улучшения эстетического эффекта в хирургию молочной железы были внедрены периареолярный доступ, доступ по субмаммарной складке и доступ из подмышечной области, которые полностью отвечают принципам пластической хирургии [2, 3].

Актуальность данной проблемы привела к попытке синтеза общехирургических и косметических принципов при выборе доступов в хирургии молочной железы [1, 3]. Стали разрабатываться операции, обеспечивающие не только достаточную радикальность, но и хороший косметический эффект [1, 2].

Целью данного исследования: явилось изучение эффективности применения у больных с доброкачественными новообразованиями молочной железы дистанционных хирургических доступов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 38 женщин в возрасте от 18 до 36 лет, которые были прооперированы по поводу доброкачественного новообразования молочной железы.

Пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 18 пациенток, при хирургическом лечении у которых использовались дистанционные хирургические доступы. Группу сравнения – 20 женщин, которые были оперированы при использовании радиарных доступов.

Всем пациенткам перед оперативным вмешательством выполнялся стандартный набор инструментальных исследований: маммография, ультразвуковое исследование молочной железы, пункционная биопсия образования с последующим цитологическим и гистологическим исследованием. Ультразвуковое исследование также выполнялось и в послеоперационном периоде.

В исследуемых группах у больных при УЗИ определялись единичные новообразования размерами от 1,5–2,5 см. По данным цитологического исследования во всех наблюдениях отмечался доброкачественный процесс (фиброма, фиброаденома).

При проведении ультразвукового метода исследования определялось расстояние от образования до кожи молочной железы и проекция образования, что являлось определяющим в выборе операционного доступа у больных основной группы.

У всех пациенток основной группы применены предлагаемые доступы с сохранением косметического эффекта (у 14 пациенток применяли периареолярный доступ, у 2 больных – субмаммарный, и еще у 2 аксиллярный доступ (с учетом локализации новообразования)).

Результаты исследования и их обсуждения:

В обеих исследуемых группах оперативное лечение выполнялось под общим обезболиванием, среднее время которого составило 30–40 мин. У пациенток группы сравнения применяли локальный радиарный разрез, а у больных основной группы - дистанционные доступы с учетом локализации образования грудной железы.

В послеоперационном периоде проводилась традиционная консервативная терапия: анальгетики, антибактериальная терапия. Применялись анальгетики в среднем 2–3 дня. В наших наблюдениях в применении наркотических анальгетиков потребности не отмечалось.

Особенности степени выраженности болевого синдрома от вида операционного доступа в наших наблюдениях не было отмечено.

У одной пациентки основной группы и у двоих больных группы сравнения в первые послеоперационные сутки отмечалась гипертермия до 37,7°C. Ко вторым суткам послеоперационного периода, температура у всех пациенток достигала показателей нормы.

У одной пациентки основной группы в раннем послеоперационном периоде отмечался отек тканей молочной железы, гиперемия в области послеоперационной раны (при использовании периареолярного доступа). Такие же изменения наблюдались у двоих пациенток группы сравнения. Указанные изменения были ликвидированы консервативными мероприятиями у больных обеих групп на 3 сутки послеоперационного периода. Остаточных гематом, воспалительных осложнений грудной железы в послеоперационный период в обеих группах не отмечалось.

Нахождение больных в клинике составило 3–4 дня, в дальнейшем они были выписаны под наблюдение хирурга по месту жительства.

При обследовании пациенток обеих групп через месяц после оперативного вмешательства снижение чувствительности и неприятные ощущения в зоне рубца на молочной железе при контакте рубца с одеждой отмечалось у 6 пациенток группы сравнения. Указанные жалобы были отмечены у 2 пациенток основной группы, которые были оперированы с использованием периареолярного доступа.

При оценке косметического эффекта деформация молочной железы наблюдалась у 4 пациенток группы сравнения. У 2 больных указанные осложнения были вызваны развитием келоидного рубца. У 2 пациенток отмечалась гипертрофия послеоперационного рубца. Наличие рубца в косметически невыгодной зоне отмечалось у 6 пациенток группы сравнения.

Неудовлетворение своим внешним видом отмечали 10 пациенток группы сравнения. Развитие депрессии, обусловленной внешним видом послеоперационной области, отмечали 4 пациенток. Одна пациентка выполняла в последствии пластическое оперативное вмешательство в зоне операции молочной железы.

Две пациентки основной группы через 3 месяца после удаления доброкачественных образований молочной железы из периареолярного доступа выполнили аугментационную маммопластику из субмаммарного доступа. Чувствительность ареолярной области и хороший косметический эффект в зоне периареолярного доступа удаления доброкачественной опухоли молочной железы сохранялись и после указанного оперативного вмешательства.

Выводы: Применение дистанционных доступов с учетом локализации образования грудной железы является радикальным оперативным вмешательством. У данных больных отмечается хороший же косметический эффект в ранние и поздние сроки оперативного вмешательства, что позволяет рекомендовать данные оперативные вмешательства для более широкого внедрения при хирургическом лечении у пациенток с доброкачественными новообразованиями грудной железы.

Литература

1. Адамян А.Г. Периареолярный доступ для секторальной резекции молочной железы // Хирургия. – 1986. – № 9. – С. 29–31.

2. Герасименко В.Н., Летягин В.П., Малыгин В. Н. , Ладомин А. Д. Косметические подходы в хирургии лечения доброкачественных заболеваний молочной железы. Актуальные вопросы пластической хирургии молочной железы. Всесоюзная конференция. – М., 1990. – С. 31–32.

Dooley W.C. Routine operative breast endoscopy during lumpectomy // Ann Surg Oncol. – 2003. – Jan-Feb; № 10 (1). – p. 38–42.

ТАКТИКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНИМ ШОКОМ, ЯКІ ПРИБУЛИ З ЕНДЕМІЧНИХ ТА ЕПІДЕМІЧНИХ КРАЇН ЗА ХВОРОБОЮ ЕБОЛА

Бондаренко А.В.

2014 рік для медичних працівників запам'ятовується найбільшою в історії епідемією хвороби, викликаній вірусом Ебола (ХВВЕ), жертвами якої впродовж року від моменту її оголошення в країнах Західної Африки (станом на 22.02.15) стали 9604 людини з 23729 інфікованих [1]. Захворювання, що спалахнуло в Гвінеї, через сухопутні кордони поширилося на сусідні Сьєрра-Леоне та Ліберію, наземним транспортом потрапило в Сенегал і Малі, повітряним транспортом у Нігерію, Іспанію, Сполучені штати Америки та Великобританію. 2014 р. паралельно з епідемією в Західній Африці у своєму природному ендемічному вогнищі в Демократичній Республіці Конго був зареєстрований обмежений спалах ХВВЕ (66 випадків з летальністю 74,2%). Цей спалах не мав епідемічного й етіологічного зв'язку з епідемією в Гвінеї, Сьєрра-Леоне та Ліберії [2].

Спалахи ХВВЕ серед людей до 2014 р. були зареєстровані в Судані, Кот-д'Івуаре, Габоне, Республіці Конго, Уганді, Демократичній Республіці Конго, Південноафриканській Республіці. Не можна забувати, що в цих країнах, а також у країнах Західної Африки реєструються й інші геморагічні гарячки, туберкульоз, малярія, черевний тиф. Усі вони мають потенціал до високої летальності, а клінічна картина характеризується різноманітними неспецифічними симптомами, що викликає великі труднощі під час діагностики на початковому етапі.

Складність ситуації полягає й у тому, що в умовах, коли щодня здійснюються масові переміщення людей в найвіддаленіші країни світу, інфекції, ендемічні тільки для певних територій, виходять за межі свого природного ареалу, стаючи міжнародною проблемою. Як показала практика, незважаючи на усі заходи профілактики, ризик завезення ХВВЕ в Україну залишається високим. У зв'язку з цим медичні працівники мають бути готові до зустрічі з указаною проблемою, й опанувати тактику надання допомоги таким хворим.

В основному тактика ведення хворих на ХВВЕ має бути спрямована на раннє розпізнавання захворювання й імовірних ускладнень у поєднанні з наданням відповідної терапії. Під час надання допомоги хворим на ХВВЕ медичні працівники повинні приділяти пильну увагу стандартним заходам обережності й носити спеціальні захисні костюми, включаючи окуляри, респіратори й рукавички. Оцінку стану кожного пацієнта завжди необхідно починати зі швидкого огляду для виявлення невідкладних станів і надання відповідної невідкладної допомоги, включаючи комплексне лікування інфекційно-токсичного шоку й паліативну терапію за показаннями. Боротьбу з інтоксикацією, обезводненням, кровотечею, шоком проводять загальноприйнятими методами [3].

Тактика ведення хворого з інфекційно-токсичним шоком (ІТШ) у перші 2 години включає підтримку вітальних функцій. Кисень, який постачається через назальні катетери або маску, дозується до SpO₂ 90%. Після початкової болісної інфузії 1000 мл Рінгера-Лактата продовжують швидке вливання Рінгера-Лактата або фізіологічного розчину з розрахунку 20 мл/кг/год (до 60 мл/кг протягом перших 2 годин). негайно призначається емпірична протимікробна терапія: 1) антибіотики широкого спектру дії; 2) протималярійні препарати (після виявлення в мазку й товстій краплі крові малярійних плазмодіїв); 3) протівірусні препарати (рибавірин у разі підозри на вірусні геморагічні гарячки). За наявності портативного рентген-апарата проводиться рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (для виключення туберкульозу й пневмоній). Якщо виявлено кашель у хворого, необхідне проведення дослідження мокроти на кислотійкі бактерії та фарбування мокроти за Грамом.

Кожні 30 хвилин вимірюється пульс, артеріальний тиск (АТ), частота дихальних рухів (ЧДР), SpO₂, центральний венозний тиск (ЦВТ), діурез. Крім того, проводиться аускультация легенів на наявність крепітації та хрипів й оцінка психічного стану. Після стабілізації клінічних показників контроль повторюється щогодинно з урахуванням лабораторних даних. Догляд за пацієнтом потребує регулярного контролю рівня глюкози крові. При гіпоглікемії внутрішньовенно вводять 25–50 мл 40% розчину глюкози.

Якщо зростає дихальна недостатність (зростає ЧДР, знижується SpO₂) необхідно перевірити подачу кисню й збільшити швидкість потоку, якщо це можливо. За наявності у хворого задишки призначається «Сальбутамол». У разі підвищення ЦВТ і появи хрипів або крепітації в легенях треба запідозрити гіпергідратацію. У цьому випадку швидкість інфузії уповільнюється й призначаються вазопресори.

Тактика ведення хворого з ІТШ наступні 2 години (2-4 година після початку терапії), також включає підтримку вітальних функцій. Кисень титрується до SpO₂ 90%. Якщо систолічний АТ > 90, слід продовжувати вливання розчину з розрахунку 2 мл/кг/год. Якщо систолічний АТ < 90 протягом 2 годин і довше, застосовуються вазопресори й продовжується інфузія дозою 5–10 мл/кг/год.

Тактика ведення хворого з ІТШ у період з 6 по 24 годину від початку терапії: якщо ніяких змін у систолічному АТ не з'явилось, продовжити інфузію. Необхідно переглянути попередній діагноз (можливо, має місце гостра хірургічна патологія), встановити джерело додаткової інфекції. У разі систолічного АТ > 90 продовжувати інфузію з розрахунку 2 мл/кг/год. Якщо призначені вазопресори, необхідно знизити швидкість надходження рідини. Якщо систолічний АТ < 90, збільшити дозу вазопресорів на фоні інфузії Рінгера-Лактата або дозу фізіологічного розчину до 2 мл/кг/год. Продовжується емпірична протимікробна терапія. Харчування хворого проводиться за допомогою призначення 50% декстрози по 25–50 мл кожні 6 годин. Контроль параметрів проводиться кожну годину якщо систолічний АТ < 90 або в разі

прийому вазопресорів; в інших випадках – кожні 2 години. ЦВТ та наявність крепітації в легенях контролюються кожні 6 годин.

Через 24 години від початку терапії проодить повна переоцінка стану хворого. Контроль клінічних параметрів проводиться кожні 8 годин (вимір систолічного АТ – кожну годину після відміни вазопресорів), потім щодня. Добираються доступні методи діагностики й лікування основного захворювання. Треба запідозрити наявність первинної легеневої або серцевої патології. Після досягнення сатурації 90 % припинити дотацію кисню. Швидкість інфузії уповільнюється до 2 мл/кг/год, хворого переводять на оральну регідрацію, якщо він може ковтати й не має блювоти. Протимікробну терапію можна проводити з використанням перооральних форм препаратів. Після стабілізації стану хворого здійснюється перехід на ентеральне харчування. Більшість пацієнтів втрачає апетит, тому їжу дають рідкому виді, невеликими порціями, часто. Якщо хворий не може добре ковтати (унаслідок, наприклад, зміни психічного стану, тяжкої задишки або у зв'язку з постійною блювотою), через ризик аспірації їжу ентерально не дають.

Таким чином, проведення лікування хворих з ІТШ не встановленої етіології в умовах відсутності в Україні експрес-методів діагностики ХВВЕ повинно включати в себе поєднання різних інфузійних розчинів, крові або її компонентів, а також схеми емпіричної протимікробної терапії. Реальний вміст інфузійно-трансфузійної терапії визначається клініко-лабораторними показниками хворого на певний момент.

Література

1. WHO: Ebola Situation Report – 25 February 2015 [Electronic Resource]. – Mode of access:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153582/1/roadmapsitre_25Feb15_eng.pdf

2. WHO: Ebola Situation Report – 19 November 2014 [Electronic Resource]. – Mode of access:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144032/1/roadmapsitre_19Nov14_eng.pdf

3. WHO: Clinical Management of Patients with Viral Haemorrhagic Fever: A Pocket Guide for the Front-line Health Worker – 13 April 2014 [Electronic Resource]. – Mode of access:

http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/130883/2/WHO_HSE_PED_AIP_14.05.pdf

ЗАХОДИ З ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК 3» У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В.

Якісна медична допомога населенню є показником наявності достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Зміни у вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір вимагають нових підходів до під-

готовки лікарів-інтернів. Основним завданням післядипломної освіти лікарів є підвищення якості навчання, широке впровадження самостійної роботи, дистанційного навчання, підготовка лікарів-інтернів відповідно до вимог безперервного професійного розвитку протягом усього професійного життя.

Перевірка якості одержаних знань та підготовки майбутніх спеціалістів до самостійної роботи традиційно проводиться шляхом складання ліцензійного інтегрованого іспиту (ЛІ) «Крок 3» відповідно до наказів МОЗ України від 20.11.2006 р. № 762 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів» та № 763 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів».

Навчально-науковим інститутом післядипломної освіти ХНМУ та кафедральними колективами втілюється створена в інституті післядипломної освіти система заходів щодо підготовки інтернів до складання ЛІ «Крок 3» як одного з чинників незалежного оцінювання рівня компетентності лікарів-інтернів.

Підготовка лікарів-інтернів до ЛІ «Крок 3» проводиться згідно з Положенням про підготовку лікарів-інтернів до складання ЛІ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» й «Крок 3. Стоматологія», розробленого ННПО ХНМУ; організаційно-методичною структурою ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія», затверджених наказом ХНМУ від 17.11.2014 року № 406 та щорічним планом – графіком підготовки лікарів-інтернів до ЛІ «Крок 3», який надсилається кафедрам на початку навчального року. Створено секцію з ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» при методичній комісії післядипломної освіти.

Організаційною основою тестового контролю рівня формування фахових знань та вмінь лікарів-інтернів є забезпечення постійного застосування тестів на всіх етапах навчання інтернів на кафедрах університету, а саме:

- у формі поточного контролю вхідного рівня знань та вмінь як складової частини оцінки базового рівня знань лікарів-інтернів;
- на встановлених кафедрою проміжних етапах поточного контролю в межах засвоєння окремих розділів дисциплін;
- при проведенні піврічного та річного підсумкового контролю, під час якого тестовий контроль є обов'язковим етапом.

На кафедрах, при яких навчаються лікарі-інтерни, наявні кафедральні банки тестів, що формуються з тестів Центру тестування МОЗ України, та буклети минулих років.

Окрім кафедрального етапу підготовки до ЛІ «Крок 3», тестове навчання лікарів-інтернів забезпечується контролюючо-навчальними тренувальними заняттями в комп'ютерних класах ННЦ університету, згідно зі створеним ННПО ХНМУ графіком занять, який затверджується першим проректором ХНМУ, професором В.А. Капустником.

Успішному навчанню лікарів-інтернів та підготовці їх до тестування сприяє цикл лекцій, 2015 року подовжений до 30 днів, відповідно до створеної МОЗ України програми з невідкладних станів із залученням кращих фахівців професорсько-викладацького складу ХНМУ.

Проведення контрольного тестування лікарів-інтернів забезпечується як кафедрами, так і Навчально-науковим центром ХНМУ й має декілька етапів:

I етап – вхідний контроль рівня підготовки до ЛП «Крок 3» проводиться на кафедрах як складова перевірки базового рівня знань лікарів-інтернів, методика якої розроблена та затверджена методичною комісією з післядипломної освіти.

II етап – проміжний контроль, також проводиться на кафедрах з урахуванням корегування рівня знань після перевірки вихідного рівня знань.

III етап – тренувальні заняття в комп'ютерних класах ННЦ університету за буклетами минулих років з визначенням рівня знань, засвоєних у кінці 1-тижневого навчання в комп'ютерному класі згідно з графіком, розробленим ННПО ХНМУ та затвердженим проректором з науково-педагогічної роботи.

IV етап – заключний контроль рівня готовності інтернів до ЛП «Крок 3» з тестовим контролем кафедри перед проведенням циклу лекцій з невідкладної допомоги як складової підготовки лікарів-інтернів до іспиту «Крок 3».

Завершальний етап – контрольне пілотне тестування, яке проводиться за 2 місяці до ЛП «Крок 3» після закінчення циклу лекцій з невідкладної допомоги.

Контроль за методичним забезпеченням та організацією тестового навчання інтернів на кафедрах здійснюється секцією з ліцензійних іспитів «Крок 3», створеною при методичній комісії з післядипломної освіти. На засіданнях Вченої ради ННПО та методичної комісії з післядипломної освіти двічі на рік розглядаються питання підготовки інтернів до ЛП «Крок 3. ЗЛП» і «Крок 3. Стоматологія». Кафедри подають інформацію до ННПО про підготовку інтернів до ЛП «Крок 3», що дає змогу регулярно контролювати роботу кафедр з цього розділу роботи.

Вживання ННПО заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до ЛП «Крок 3» сприяє щорічному покращенню результатів складання інтернами ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка».

6 лютого 2015 року було проведено контрольне пілотне тестування, в якому взяли участь 179 лікарів-інтернів із 193 зареєстрованих. Шестеро з них не з'явилися на пілотне тестування з поважної причини. Усього не з'явилось 12 осіб.

Проведений аналіз показав, що середні кафедральні результати коливаються в межах від 99,5% (каф. внутрішніх та професійних хвороб) до 42,75% (кафедра судової медицини). Група “ризик” (інтерни, які відповіли правильно менш ніж на 60,5%) склала 30 інтернів.

**Результати пілотного тестування “Крок 3.
Загальна лікарська підготовка” від 06.02.2015 року**

№ п/п	Кафедра	Середній %	Складали (чол)	З них не склали (чол.)	Не з'явилися
1	Акушерства, гінекології та дит.гінекології	63%	16	6	–
2	МНС, анестезіології та ІТ	79,8%	21	2	1
3	Внутр. медицини № 1	79,75%	4		
4	Внутр. медицини № 2	81%	4	1	
5	Внутр. медицини № 3	71,75%	6	2	1
6	Загальної практики – сімейної медицини	83,69%	44	3	3
7	Дитячої хірургії	73,8%	5		
8	Гігієни та екології № 2	78,6%	8	1	1
9	Інфекційних хвороб	82,8%	5		
10	Неврології № 2	96,5%	1		
11	Внутр. і проф. хвороб	99,5%	1		
12	ЕНМД, ортопедії та травматології	48,87%	4	2	1
13	Оториноларингології	61,5%	2	1	
14	Офтальмології	66%	3	1	
15	Патологічної анатомії	73%	6	1	1
16	Фтизіатрії	83,3%	3		
17	Педіатрії № 1	88,25%	12	1	1
18	Педіатрії № 2	92,87%	4		1
19	Радіології	76,5%	6	1	2
20	Судової медицини	42,75%	2	2	
21	Епідеміології	83%	1		
22	Хірургії № 1	70,65%	10	3	1
23	Хірургії № 2	79,3%	3	1	
24	Нейрохірургії	77%	2		
25	Клін. лабдіагностики	70,8%	5	2	
26	Урології	–	1		1
Усього		76,9%	179	30	14

Відразу після проведення пілотного тестування на кафедри було подано інформацію з результатами тестування, з прізвищами інтернів, які не склали тест, та подальшим алгоритмом роботи з групою “ризикую”.

Для підготовки до ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», який відбудеться 24.03.2015 року, наказом Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації лікарі-інтерни відзиваються із заочних баз стажування з 16.03.2015 року до 23.03.2015 року на кафедри ХНМУ.

Перед кафедральними колективами ХНМУ стоять відповідальні задачі. За цей період необхідно ретельно працювати з лікарями-інтернами, особливо це стосується групи “ризикую”, для успішного складання ЛП «Крок 3 Загальна лікарська підготовка» з порогом правильних відповідей 60,5%.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩІЙ ШКОЛІ

Гонцій О.В., Бизов Д.В.

Рівень сучасної медичної науки і практики вимагає нових підходів до підготовки високопрофесійних медичних кадрів. Якість навчально-виховної діяльності вищого навчального закладу залежить від кожного викладача, від його теоретичної підготовки і педагогічної майстерності. На сучасному етапі професійної медичної освіти збільшується обсяг і складність програм, прискорюються темпи навчання, змінюються освітні технології. Тому важливо застосовувати такі форми й методи, які б забезпечили високу пізнавальну активність студентів і дали можливість підвищити їх рівень знань та вмінь.

Підвищення якості, ефективності навчання студентів прямо залежить від умілого добору і використання різноманітних, найбільш адекватних тематиці і ситуації методів навчання, а також від активізації суб'єкт-суб'єктних відносин усього навчального процесу. Сучасні умови навчання студентів відрізняються необхідністю впровадження інновацій, новин і нововведень. Дані методи навчання дозволяють розвинути у студентів клінічне та критичне мислення, сформувати досвід творчої та інноваційної діяльності, удосконалюють компетенції, навчають працювати на випередження, стимулюють розвиток не тільки студента, але й викладача [4].

Одним з найбільш перспективних напрямків розвитку творчих здібностей особистості, необхідних майбутньому фахівцю-медику, є проблемне навчання. Проблемне навчання - навчання розв'язування нестандартних завдань, у ході якого студенти засвоюють нові знання, уміння та навички. Головним підсумком даного методу навчання є формування професійного мислення студентів. Проблемне навчання формує у фахівця: можливість самостійно побачити й сформулювати проблему; здатність висунути гіпотезу, знайти або винайти спосіб її перевірки; зібрати дані, проаналізувати їх, запропонувати методику їх обробки; здатність побачити проблему в цілому, усі аспекти та етапи її вирішення, а при колективній роботі – визначити міру особистої участі у вирішенні проблеми [2].

Мета статті – узагальнити досвід використання сучасних форм організації роботи студентів з використанням кейс-методу на практичних заняттях клінічних кафедр медичних вищих навчальних закладів.

Аналіз актуальних досліджень та виклад основного матеріалу. Для ефективної організації навчального процесу викладачі мають добре усвідомлювати характерні особливості сучасних студентів. На жаль, переважна більшість сучасних студентів проявляють байдужість до навчання, недисциплінованість. Вони недостатньо часу проводять за підручниками, відчувають нудьгу від навчання, часто орієнтовані на розваги, їх важко «розворушити і захопити». Проте незмінним бажанням у них залишається максимальна оцінка за мінімальних зусиль.

Отже, ураховуючи особливості «покоління NeXt за М.Л. Тейлором» і специфічні риси сьогодення, необхідно переглянути методи й зміст вищої

освіти, змінити саму атмосферу навчання для того, щоб підвищити його ефективність та максимально сприяти успіху студентів. Мотиваційним фактором студентів до інтенсивної навчальної роботи була і залишається фігура викладача. Він має бути прикладом для студента і як професіонал, і як творча особистість. Його висока місія в навчальному процесі полягає в тому, щоб допомогти студентові розкрити власний творчий потенціал, визначити перспективи свого фахового зростання.

Важливою проблемою навчання є активізація самостійної роботи студента [1]. Останнім часом серед сучасних технологій і методів навчання особливе місце у професійній освіті посідає навчання за кейс-методом. Він орієнтований на самостійну індивідуальну і групову діяльність студентів, у якій студенти отримують комунікативні вміння. Основні цілі кейс-методу полягають в активізації пізнавальних зусиль студентів, що підвищує ефективність професійного навчання; у посиленні мотивації до навчального процесу; відпрацюванні вмінь роботи з інформацією, зокрема вмінь самостійного оволодіння додатковою інформацією, необхідною для уточнення ситуації; ухвалення правильного рішення на підставі групового аналізу ситуації; набутті навичок чіткого й точного викладу власної точки зору в усній і письмовій формах, переконливого її відстоювання і захисту; відпрацюванні навичок критичного оцінювання різних точок зору, здійсненні самоаналізу, самоконтролю і самооцінки [3].

Таким чином, використання кейс-методу дозволяє ввести студента у стан інтелектуальної напруги, що ініціює потребу в знаннях, пізнавальний інтерес до навчального матеріалу. Кейс-метод стимулює необхідність застосування методів наукового дослідження, розвиває пізнавальну самостійність і креативні здібності, емоційно-вольові якості, пізнавальну і практичну мотивацію.

Процес навчання з використанням цього методу є імітацією реальної події, що містить досить адекватне відображення реальної дійсності. Кейс-метод не передбачає значних матеріальних та фінансових витрат і разом з тим уможливорює варіативність навчання. Сутність кейс-методу полягає в тому, що навчальний матеріал подається студентам у вигляді проблем (кейсів), а знання отримуються в результаті цілеспрямованої активної і творчої роботи: самостійного здійснення діагностичного пошуку, збору необхідної інформації, її різнобічного аналізу, висунення гіпотези, формулювання висновків, перевірки одержаних результатів.

Кейс-метод можна використати під час фахової підготовки студентів на клінічних кафедрах. У процесі вивчення теми, яка не передбачає курацію хворих, основна частина замінюється розв'язанням типової ситуаційної задачі, що охоплює великий фрагмент певної теми. На ознайомлення із завданням відводиться десять хвилин. У подальшому, у процесі усного розбору теми, обговорюється вирішення запропонованої ситуаційної задачі, що можна доповнити проведенням заходів, спрямованих на засвоєння практичних навичок з дисципліни.

Проте в умовах переходу до нових освітніх стандартів, не можна недооцінювати важливе місце співпраці студентів із хворими під час вивчення матеріалу на клінічних кафедрах. Останнє дозволяє всім студентам повністю осмислити і засвоїти навчальний матеріал. Адже відповідно до закономірностей людського сприйняття людина запам'ятовує 10% того, що їй говорять, 50% того, що вона бачить, і 90% того, що вона робить самостійно. У процесі курації тематичного хворого студент має змогу вдосконалити комунікативні навички, навчитися працювати спільно і самостійно.

У цьому контексті раціональною є організація основної частини заняття шляхом формування з групи чотирьох підгруп по п'ять студентів у кожній. Залежно від змісту теми заняття, кожна підгрупа відправляється на курацію хворих. На цьому етапі як помічники викладача залучаються лікарі-інтерни та клінічні ординатори, заздалегідь проінформовані про тему заняття.

Після закінчення курації відбувається обговорення кожного клінічного випадку, до якого залучається вся група. При цьому питання до дискусії пропонують студенти інших підгруп. На питання відповідає передусім основний доповідач, разом з тим викладач має поступово залучити до процесу пошуку відповіді всю підгрупу, що спілкувалася з цим пацієнтом. Після завершення обговорення, викладач підбиває підсумки за темою заняття. Наприкінці основної частини проходить підсумкове тестування з використанням тестів першого і другого рівнів складності.

Оцінка за практичне заняття складається з кількості балів за усну відповідь, засвоєння практичних навичок, підсумкове тестування. Тим самим реалізується одна з вимог Болонського процесу, а саме, стовідсоткова атестація студентів на кожному занятті.

Висновки. Таким чином, застосування кейс-методу сприяє розвитку навичок критичного мислення та пізнавальних інтересів студентів, є більш ефективним у засвоєнні навчального матеріалу, спонукає студентів до творчої роботи та формує особисту позицію щодо сприйняття змісту навчання. При проведенні практичних занять із застосуванням таких технологій, студенти почувають себе впевнено, вільно висловлюють свої думки і спокійно сприймають зауваження, адже вони є активними учасниками навчального процесу. Студенти усвідомлюють важливість здобутих знань, готові до довіри та взаємодопомоги. Саме за таких умов можливе виховання особистості, підготовленої до майбутнього, у якому необхідно розв'язувати проблеми та приймати конкретні рішення. Суттєвою перевагою таких форм роботи є те, що вона дає можливість вивчити, розглянути, «програти» різні складні життєві ситуації, здобувши певний життєвий досвід у штучній атмосфері і виробити певні алгоритми вирішення критичних життєвих ситуацій.

Література

1. Алханов А. Самостоятельная работа студентов / А. Алханов // Высшее образование в России. – 2005. – № 11. – С. 86–89.
2. Дмитриченко Н.Ф. Болонский процесс: принципы едины, пути реализации различны / Н.Ф. Дмитриченко // Сучасна освіта. – 2007. – № 11. – С. 10–12.

3. Методичні рекомендації з підготовки до ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» і «Крок 2» (для студентів) / [Москаленко В.Ф., Яворський О.П., Цехмістер Я.В. та ін.]. – К. : НМУ, 2007. – 14 с.

4. Степко М.Ф. Проблеми вищої освіти в контексті Болонського процесу / М.Ф. Степко // Педагогіка і психологія. – 2008. – № 1. – С. 75–81.

МОЖЛИВОСТІ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ПИТАНЬ РЕВМАТОЛОГІЇ

Гуйда П.П.

Ревматичні хвороби (РХ) мають велике медико-соціальне значення, що обумовлено їх значним поширенням, великим відсотком втрати працездатності та інвалідизації хворих, труднощами діагностики та лікування. В Україні вони є одним із найбільш поширених класів хвороб внутрішніх органів, посідаючи за частотою третє місце після хвороб системи кровообігу та органів травлення.

РХ обумовлюють великий відсоток тимчасової непрацездатності хворих (посідають перше місце) і сприяють ранній і частій (друге місце) їх інвалідизації.

Водночас діагностика цих захворювань, особливо в ранньому періоді, до цього часу викликає у лікарів різних фахів значні труднощі, про що свідчать численні діагностичні помилки. Так, проведений нами аналіз еволюції діагнозу у 400 хворих на достовірну системну склеродермію показав, що при первинному зверненні хворих до лікаря правильний діагноз було встановлено лише 3% пацієнтів, у яких початковою ознакою захворювання було типове ураження шкіри, з приводу чого вони звернулись до дерматолога. Як правило, від початку виникнення перших ознак системної склеродермії до встановлення правильного діагнозу проходило від декількох місяців до 10 – 15 років і більше, хоч за цей час хворі багаторазово оглядались терапевтами, хірургами, невропатологами та іншими фахівцями. Серед причин діагностичних помилок, як свідчить проведений аналіз, чільне місце посідає недостатня обізнаність лікарів з клінікою та діагностичними критеріями РХ.

Усе зазначене обумовлює необхідність більш глибокого вивчення питань ревматології студентами та лікарями-інтернами. На жаль, навчальними програмами передбачено ознайомлення лише із основними РХ. Окрім того, лише деякі клінічні кафедри розташовані на базі лікарень, у складі яких є ревматологічні відділення.

На кафедрі внутрішніх і професійних хвороб є усі можливості для більш глибокого вивчення ревматології студентами і лікарями-інтернами. По-перше, терапевтичний корпус Дорожньої клінічної лікарні станції Харків, на якому базується кафедра, має у своєму складі ревматологічне відділення, розраховане на 60 ліжок, у якому лікуються пацієнти з різноманітною ревматологічною патологією. По-друге, на базі кафедри понад 30 років функціонує науково-практичний центр з діагностики та лікування РХ, де надається консультативна допомога, як правило, складним хворим з лікувальних установ м. Харкова, Харківської області та інших регіонів України.

Наявність великої кількості хворих дає можливість лікарям-інтернам під час проходження очного циклу ознайомлюватися з різноманітною ревматологічною патологією. При цьому особлива увага приділяється питанням клініки та діагностики, у тому числі ранньої та диференційної, основних РХ (гостра ревматична лихоманка, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондилоартрит, системний червоний вовчак, системна склеродермія, дерматоміозит, системні васкуліти, остеоартроз, подагра, реактивні артрити), особливостям розвитку та перебігу РХ на сучасному етапі. Одночасно лікарі-інтерни мають можливість ознайомитись з окремими синдромами та захворюваннями, які відносно рідко зустрічаються в практиці лікаря, зокрема з ревматичною поліміалгією, антифосфоліпідним синдромом, рецидивуючим поліхондритом, дифузним еозинофільним фасціїтом, хворобами Такаюсу, Хортонна, синдромами Бехчета, Тітце, Шегрена (такі хворі доволі часто звертаються по допомогу до нашої клініки). У нашій практиці нерідко зустрічаються різні варіанти поєднання РХ, зокрема системної склеродермії із системним червоним вовчаком, системної склеродермії з дерматоміозитом, поєднання елементів системного червоного вовчака, системної склеродермії та дерматоміозиту (синдром Шарпа), на що також звертається увага лікарів-інтернів, оскільки такі випадки значно утруднюють правильну діагностику. Велика увага приділяється також можливому поєднанню РХ і злоякісних пухлин із розвитком так званих паранеопластичних синдромів. Це стосується перш за все дерматоміозиту, системної склеродермії, ревматичної поліміалгії, системних васкулітів, що часто зустрічається в нашій практиці. При вивченні тактики лікування РХ підкреслюється важлива роль ранньої діагностики та своєчасного призначення адекватної терапії, що сприяє підвищенню ефективності лікування і багато в чому визначає подальший прогноз. Звертається також увага на систематичність і довготривалість (як правило, протягом усього життя) проведення лікування.

Кращому засвоєнню питань ревматології сприяє наявність на кафедрі достатньої кількості методичних матеріалів з різних розділів ревматології. Так, нами видано 2 монографії («Склеродермія: клініка, діагностика, лечение», «Диагностика и лечение ревматических болезней»), підготовлено 4 розділи до навчальних посібників: «Классификации и диагностические критерии в клинике внутренних болезней» (Диффузные заболевания соединительной ткани и суставов), «Фармакотерапия внутренних заболеваний та їх невідкладних станів», «Медикаментозное лечение внутренних болезней и их неотложных состояний» (Ревматические заболевания и их неотложные состояния), «Терапия – Руководство для врачей-интернов» (Ревматология). Підготовлено також 16 методичних розробок з питань клініки, діагностики та лікування РХ.

Таким чином, наявність у клініці достатньої кількості хворих з різноманітною ревматологічною патологією, а також наш багаторічний досвід вивчення цієї патології дають можливість поглибленого вивчення лікарями-інтернами питань ревматології, що, безсумнівно, сприятиме підвищенню кваліфікації і знадобиться в їх подальшій лікарській діяльності.

ЩОДО ВИКЛАДАННЯ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ

Гуйда П.П.

На сьогодні все більш актуальними стають питання вивчення військової медицини. Сучасні умови вимагають високого рівня професійної підготовки військових лікарів і лікарів-інтернів – офіцерів медичної служби запасу, які повинні добре розуміти характер ведення бойових дій, глибоко знати особливості виникнення та перебігу бойової патології, чітко знати та вміло реалізувати головні принципи організації та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в екстремальних умовах мирного та воєнного часу. Саме такі професійні якості та організаційний досвід, як свідчить історія, дозволив лікарям, у тому числі терапевтам, під час Великої Вітчизняної війни повернути до строю 90,6% хворих і поранених.

Цього навчального року запроваджено нові навчальні плани і програми з військово-медичної підготовки лікарів-інтернів, якими передбачено навчання лікарів-інтернів з військово-медичних дисциплін на кафедрі медицини катастроф та військової медицини, а з військово-спеціальних дисциплін – на кафедрах внутрішніх та професійних хвороб, хірургії № 1, екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, гігієни та екології № 2, епідеміології, стоматології.

Викладання військово-польової терапії проводиться на кафедрі внутрішніх та професійних хвороб, співробітники якої мають багаторічний досвід. Перш за все увага лікарів-інтернів звертається на актуальні питання організації терапевтичної допомоги при надзвичайних станах, умови надання терапевтичної допомоги в екстремальних умовах. Одночасно дається характеристика сучасної бойової терапевтичної травми, до якої належать у першу чергу уражені терапевтичного профілю, які потребують консервативного лікування (хворі на променеу хворобу, уражені отруйними речовинами та бактеріологічними засобами), посттравматична патологія внутрішніх органів (захворювання внутрішніх органів при вогнепальних пораненнях, травмах, термічних ураженнях та дії ударної хвилі), гострі отруєння, у тому числі технічними речовинами, захворювання внутрішніх органів серед військовослужбовців, інтенсивна терапія при екстремальних умовах.

При розгляді питань організації терапевтичної допомоги в екстремальних умовах вивчаються структура санітарних втрат терапевтичного профілю, види та обсяг терапевтичної допомоги, що надається в бойових умовах. Дається визначення етапу медичної евакуації та розглядаються його завдання (медичне сортування, надання невідкладної допомоги, лікування та евакуація хворих і постраждалих). Підкреслюється велика роль медичного сортування: даються визначення поняття, коротка характеристика, його види та завдання, організація та принципи медичного сортування хворих і постраждалих. Вивчаються медична евакуація, мета та порядок її проведення.

Розгляд посттравматичної патології внутрішніх органів передбачає вивчення захворювань внутрішніх органів та їх особливостей при вогнепаль-

них пораненнях, травмах, термічних ураженнях (опікова хвороба) та при дії ударної хвилі, у тому числі розглядається синдром тривалого розчавлювання. При цьому вивчається також діагностика, принципи та етапне лікування військовослужбовців і населення при надзвичайних станах з посттравматичною вісцеральною патологією.

При вивченні організації та змісту терапевтичної допомоги при гострих отруєннях увага лікарів-інтернів звертається на отруєння технічними речовинами, загальні принципи діагностики і лікування гострих отруєнь, антидотну терапію, надання терапевтичної допомоги на етапах медичної евакуації.

Вивчення актуальних питань захворювань внутрішніх органів у військовослужбовців передбачає ознайомлення із захворюваністю при бойових діях, особливостями перебігу захворювань серед військовослужбовців на війні, діагностикою та принципами лікування на етапах медичної евакуації.

Інтенсивна терапія передбачає вивчення термінальних станів серед військовослужбовців і населення при екстремальних умовах, діагностики, надання невідкладної медичної допомоги, проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів на етапах медичної евакуації.

Детальне засвоєння лікарями-інтернами питань військово-польової терапії дозволить їм здобути достатню професійну підготовку і, за необхідності, застосувати набуті знання в подальшій діяльності військового лікаря.

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА» НА КАФЕДРІ ДЕРМАТОЛОГІЇ, ВЕНЕРОЛОГІЇ ТА СНІДУ»

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

Постанова проблеми. Динамічний розвиток та реформування медичної освіти в Україні, її орієнтація на національні та міжнародні стандарти зумовлені сучасними вимогами до рівня якісної освіти, динамічними змінами в системі охорони здоров'я України [1]. Лабораторна діагностика, як напрямок медичної діяльності, є однією з пріоритетних і постійно розвивається в нашій державі і за кордоном. Соціально-економічна ситуація в Україні потребує перегляду традиційного погляду на підготовку спеціаліста для лабораторної служби. Вивчення попиту на відповідному ринку праці, світовий досвід підготовки фахівців з лабораторної діагностики, процеси, що пов'язані з модернізацією матеріально-технічної бази клініко-діагностичних, бактеріологічних, цитологічних лабораторій закладів охорони здоров'я України, впровадження в медичну практику нових методів та методик діагностики захворювань, які базуються на сучасних досягненнях науки й техніки, свідчать про потребу у фахівцях, які мають у собі певний рівень кваліфікації лікаря-клініциста та фахівця клініко-діагностичної лабораторії [2].

Аналіз матеріалів публікацій, на які спираються автори. Публікація цієї роботи здійснена на підставі вивчення матеріалів методично-навчальних конференцій, збірників наукових праць та статей у фахових виданнях.

Виклад основного матеріалу. Інтернатура (первинна спеціалізація) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів

тетів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря-спеціаліста з певного фаху. Основною метою інтернатури є оволодіння лікарями-інтернами знаннями та практичними навичками зі спеціальності «Лабораторна діагностика» для професійної готовності їх до самостійної лікарської роботи, після якої вони зможуть кваліфіковано вирішувати сучасні питання лабораторної діагностики [3].

Завданням інтернатури є: оволодіння аналітичними й клінічними основами сучасних лабораторних технологій; систематизація та поглиблення знань з клінічної лабораторної діагностики та суміжних клінічних дисциплін; оволодіння прийомами й методами клінічної інтерпретації результатів досліджень у контексті передбачуваних діагнозів і проведеного лікування для вирішення лікувально-діагностичних завдань [4].

Типовим навчальним планом підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Лабораторна діагностика» передбачено стажування на кафедрі клінічної лабораторної діагностики та навчання на суміжних кафедрах. Навчальний план визначає тривалість навчання лікарів-інтернів, розподіл годин, відведених на вивчення розділів навчальної програми. Для виконання даної програми в процесі навчання передбачено такі види занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарських занять. Під час навчання на кафедрі клінічної лабораторної діагностики та суміжних кафедрах лікарі-інтерни відповідно до навчального плану підвищують рівень теоретичної підготовки та оволодівають практичними навичками. Теоретична підготовка передбачає обов'язкове відвідування лекцій, активну й самостійну участь у практичних та семінарських заняттях. На практичних заняттях лікарі-інтерни під керівництвом викладача оволодівають практичними навичками з клінічної лабораторної діагностики та суміжних дисциплін. З найбільш актуальних тем програми готують реферати, які обговорюють на семінарах [3].

Крім основного курсу, викладаються окремі теми суміжних спеціальностей та додаткові програми. Таким чином формуються знання про патологію організму в цілому, що дає можливість лікарю-лаборанту орієнтуватися в будь-якому розділі медицини. Поступово складається клініко-лабораторне мислення, завдяки якому лікар-лаборант стане консультантом лікаря з питань лабораторної діагностики захворювань [4].

На кафедрі дерматології, венерології та СНІДу Харківського національного медичного університету лікарі-інтерни за фахом «Лабораторна діагностика» навчаються з 2014 року за додатковою програмою «Лабораторна діагностика венеричних хвороб та хвороб шкіри» (12 год)

Враховуючи високі вимоги до фахівців клінічної лабораторної діагностики, наша кафедра приділяє велику увагу підготовці нових кадрів. У навчальний план лікарів-інтернів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» за додатковою програмою «Лабораторна діагностика венеричних хвороб та хвороб шкіри» включено такі розділи, як: піодермії, мікози, вірусні захворювання, дерматозоозни, захворювання, що передаються переважно стате-

вим шляхом. На практичних заняттях велика увага приділяється питанням етіології, патогенезу, епідеміології, перебігу цих захворювань на сучасному етапі. Вивчаються методи дослідження (мікроскопічні, культуральні, люмінесцентні, імунологічні, молекулярно-біологічні), методики взяття патологічного матеріалу й підготовка його до дослідження. Значне місце займає лабораторна діагностика корости, вошивості, демодекозу, грибкових захворювань, піодермій, лабораторна діагностика набутого (заразних, латентних, пізніх форм) та вродженого сифілісу (мікроскопія блідої трепонеми у темному полі зору; серологічна діагностика- КСР, ІФА, РПГА, РІФ, РІБТ; молекулярно-біологічна – ПЛР), лабораторна діагностика гонореї та негонококових уретритів (трихомоніазу, хламідіозу, уреаплазмозу, мікоплазмозу, гарднерельозу).

Практичні заняття проводяться в навчальних кімнатах і в добре обладнаних лабораторіях міського клінічного шкірно-венерологічного диспансеру № 5, де лікарі-інтерни оволодівають сучасними методами діагностики, навичками самостійного вивчення необхідного обсягу і набору діагностичних заходів, що використовуються в медичній практиці. Лікарі-інтерни повинні вміти складати алгоритм лабораторного обстеження, самостійно інтерпретувати результати клініко-лабораторних досліджень та оформляти медичну документацію. На семінарських заняттях для закріплення матеріалу використовуються тести, ситуаційні задачі, альбоми, атласи, в тому числі з інтернет-ресурсу. Після закінчення навчання лікарі-інтерни складають залік та проходять тестування.

Висновок і перспективи у даному напрямку. Теоретичні знання в поєднанні з набутими практичними навичками, на наш погляд, дозволяють готувати фахівців, які відповідають сучасним високим вимогам. Такі фахівці- лікарі лабораторної діагностики - зможуть приймати правильні рішення при виборі адекватних лабораторних тестів, домагатися надійних результатів досліджень, усувати можливі помилки аналізів і запобігати їм, а також зможуть допомогти клініцистам в інтерпретації отриманих результатів, що, безумовно, сприятиме поліпшенню діагностичного процесу.

Література

1. Перспективні зміни в післядипломній медичній освіті під впливом розвитку інформаційних технологій / І.М. Скрипкин, С.О. Гаєвський, Н.О. Соколюк [та ін.] // Вісн. Східноукр. нац. ун-ту ім. В. Даля. – 2010. – № 9 (151). – Ч.1. – С. 217–219.

2. Черних В.П. До питання підготовки магістра з лабораторної діагностики / В.П. Черних, І.С. Грищенко, О.І. Залюбовська [та ін.] // Медична світа. – 2012. – № 3 (додаток). – С.198–199

3. Програма та навчальний план спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за фахом «Лабораторна діагностика». – К., 2011. – 25 с.

4. Гильманов А.Ж. О подготовке интернов по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» / А.Ж. Гильманов, Р.М. Салыхова, Ю.А. Ахмадулина, Т.Н. Титова // Лабораторная медицина в свете Концепции развития здравоохранения России до 2020 года : тр. науч.-практич. конф. – М., 2009. – С. 325.

ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

*Журавлев А.С., Лупырь А.В., Яценко М.И., Калашник М.В.,
Юревич Н.А., Шушляпина Н.О., Калашник Ю.М., Дзыза А.В.*

В связи с переходом в Украине системы медицинского образования на европейские стандарты и присоединением к Болонскому процессу, в стране существенно возросли требования, предъявляемые к подготовке врачей практического здравоохранения. Особого внимания требует система образования врачей-интернов.

Мы, зачастую, сталкиваемся с тем, что наши выпускники не могут выполнять элементарные медицинские манипуляции, которые они изучали в период обучения в университете. Суть этой проблемы кроется как в самих учащих, так и в методике преподавания. Преподаватели зачастую расходуют свою энергию на изготовление пособий, подборку и размножение материалов, что не всегда дает положительные результаты.

Поэтому, для более качественного усвоения информации врачами-интернами мы считаем необходимым внедрение в классическую систему обучения современных нестандартных инновационных технологий.

В современном мире уже давно в практику преподавания в высших учебных заведениях входят новые формы и методы преподавания. Наиболее жизнеспособными в настоящий период оказываются так называемые методы активного обучения. Это форма проведения занятий, в которых учебно-познавательная деятельность построена на имитации профессиональной деятельности.

Взрослые люди запоминают информацию лучше всего тогда, когда они активно вовлечены в решение практических задач и упражнений в процессе обучения. Они помнят 20% того, что слышат, 40% того, что видят и слышат, и 80% того, что слышат, видят и выполняют (Е.Г. Леонтьева, 2011).

Активные методы обучения предполагают использование такой системы, которая направлена, главным образом, не на изложение преподавателем готовых знаний и их воспроизведение, а на самостоятельное овладение студентами знаний в процессе активной познавательной деятельности [6].

На кафедре оториноларингологии ХНМУ уже в течение года разрабатываются и внедряются в методику преподавания врачам-интернам занятий в виде ролевых игр. Их тематика затрагивает актуальные проблемы современной оториноларингологии, такие как: диагностика, лечение ЛОР заболеваний, послеоперационная реабилитация больных.

На первом этапе организации ролевой игры проводится теоретическая разработка игры: прорабатывается картина моделируемой игры, правила игры, командные и индивидуальные вводные. От того, насколько продуман этот этап подготовки игры, зависит весь ее ход.

При проработке картины моделируемой игры подробно описываются условия. Чем полнее и ярче они будут описаны, тем разнообразнее и проду-

маннее будут действия игроков. Схема описания такова: место действия; время действия; действующие лица и занимаемое ими положение; важные события, предшествовавшие моделируемому периоду времени; ситуация, сложившаяся на начало игры.

Правила и алгоритм игры являются основными постулатами игры, поэтому их разработка должна вестись с юридической скрупулезностью, во избежание различных толкований.

Командные и индивидуальные вводные разрабатываются организаторами игры либо самими игроками по согласованию с организаторами. Это помогает участникам лучше осознать свою роль, определить свое место в моделируемом мире и наметить линию поведения. Присвоение каждому учащемуся престижной социальной роли и постоянное внимание к его индивидуальной значимости снимает психологические барьеры, что является необходимым условием успешного обучения.

Участники данной ролевой игры заранее оповещены о ее тематике и получают свои роли. При этом они обрабатывают и анализируют научную литературу, привлекая значительный процент англоязычных источников.

Внедрение ролевых игр на кафедре происходит на семинарских занятиях с врачами-интернами. Преподаватель постоянно контролирует соблюдение игроками правил, любое их нарушение немедленно устраняется. Занятия строятся таким образом, что доброжелательное отношение к обучаемым снимает страх перед возможной ошибкой. Проявление интереса к учащемуся как к значимому партнеру способствует снятию чувства неуверенности [2–4].

Игроки в процессе игры могут обнаружить несоответствия в правилах, придумывать неординарный ход. В любом случае, прежде всего, необходимо восстановить контроль над ситуацией. Зачастую игроки пытаются оказать давление на ведущих и перехватить инициативу. Этого нельзя допускать. Ведущие игру преподаватели детально разбираются в сложившейся ситуации [1, 2].

Последним этапом ролевой игры является ее анализ. Анализ моделируемой игры проводится на следующем семинарском занятии, когда улягутся все эмоции. Мы привлекаем к нему всех игроков и ведущих. Преподаватели детально анализируют все этапы организации и проведения игры, учитывают все удачи и неудачи, разбираются в их причинах. Ведущие рассказывают игрокам о своем первоначальном замысле, объясняют те или иные действия, предпринятые ими, дают свою оценку прошедшей игры. Игроки, в свою очередь, высказывают свои мнения [3, 4].

Все это способствует накоплению опыта у игроков и повышению уровня и культуры игры в целом. Даже если игра, по общему мнению, не удалась, мы не допускаем, чтобы анализ ее свелся к разбору взаимных обид или просто к критике действий ведущих [5].

Следовательно, ролевая игра строится на принципах с одной стороны научной дискуссии, а с другой стороны на внедрении последних научных

технологій в практичне здоров'я, що вимагає від лікарів-інтернів обробки великого обсягу сучасної наукової літератури.

Таким чином, на кафедрі оториноларингології Харківського національного медичного університету активне впровадження ролевих технологій в навчальний процес лікарів – інтернів, сприяє формуванню у них клінічного мислення, навчання принципам лікарсько-наукової дискусії і дозволяє бути в курсі останніх наукових досягнень.

Література

1. А.А. Опарин, А.Г. Опарин, Ю.И. Деояшкіна, Н.В. Лаврова, Л.А. Хоменко. Місце і значення ролевих ігор в системі післядипломної освіти лікарів-інтернів // Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в вищих медичних навчальних закладах України (Тернопіль, 15–16 травня, 2014 р.): в 2 ч. – Тернопіль.: ТГМУ, 2014. – Ч. 2.

2. Абрамова І.Г. Активні методи навчання в системі вищої освіти. – М.: Гардарики, 2008. – 368 с.

3. Бадмаєв Б.Ц. Психологія і методика прискореного навчання. – М.: ГЕОТАР Медіа, 2007. – 272 с.

4. Безрукова В.С. Педагогіка. Проективна педагогіка. – М.: Мисль, 2009. – 318 с.

5. Вербицький А.А. Активне навчання в вищій школі. – М.: Велбі, 2007. – 480 с.

6. Давидов В.В. Проблеми розвиваючого навчання. – М.: Академічний проєкт, 2007. – 231 с.

ВПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ДАНИХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 3

Журавльова Л.В., Цівенко О.І., Александрова Н.К., Лопіна Н.А.

Вступ. Орієнтація на використання новітніх інформаційних технологій, яка передбачена Законом України «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки», визначає як одну із стратегічних цілей – забезпечення комп'ютерної та інформаційної грамотності населення [1]. Сьогодні у країні спостерігається дефіцит кваліфікованих практикуючих лікарів, спроможних якісно проаналізувати результати клінічних досліджень на основі доказової медицини [2]. Доказова медицина на сьогодні – це ідеологія вдосконалення системи охорони здоров'я, баланс інтересів конкретного пацієнта й держави, провідний інструмент сучасної освіти в медицині та фармації. Систематичні огляди та мета-аналізи – найважливіший спосіб підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги. Тому при навчанні лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини № 3 ХНМУ використовують ці принципи.

Основна частина. Одним з головних напрямків роботи з лікарями-інтернами на кафедрі внутрішньої медицини № 3 є цілеспрямоване плану-

вання роботи у такий спосіб, щоб вони могли закріпити набуті теоретичні знання, опанувати необхідні практичні навички, вміти оцінити результати сучасних додаткових методів обстеження, згідно з протоколами діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів, а також підготувати основу для подальшого самостійного професійного вдосконалення. Сьогодні лікар-інтерн повинен не тільки знати загальноприйняті протоколи, але й володіти сучасними технологіями пошуку нової доказової клінічної інформації [3].

Видами навчальної діяльності є читання лекцій, проведення практичних, семінарських занять, самостійна робота та участь у науково-дослідній роботі кафедри. Під час вивчення будь-якої теми при обговоренні діагностичної та лікувальної стратегії, профілактики захворювання (у тому числі, й рекомендацій щодо модифікації способу життя, факторів ризику, дієти) наголос ставиться на необхідності брати за основу дані доказової медицини. Усі лікарські призначення обґрунтовуються ступенем доказовості. Щорічно оновлюються презентації лекцій і методичні розробки до практичних та семінарських занять, вносяться нові дані про результати багатоцентрових досліджень. Лікар-інтерн повинен не тільки знати загальноприйняті протоколи, але й розумітися на сучасних технологіях пошуку нової доказової клінічної інформації, що потребує вміння працювати з різними джерелами інформації. Цьому сприяє те, що бібліотекою ХНМУ проводяться семінари, на яких навчають викладачів та лікарів-інтернів працювати з електронними ресурсами, такими як Кокранівська бібліотека (www.cochrane.org), система MEDLINE (www.pubmed.org), яка посідає перше місце в рейтингу електронних ресурсів даних доказової медицини [4].

На кафедрі широко використовуються інноваційні засоби навчання, зокрема мультимедійні технології, які є максимально інформативними, мобільними та компактними як для викладача, так і для лікаря-інтерна. Вони дозволяють навчатися не тільки в комп'ютерних класах кафедри та університету, а й дистанційно, використовуючи електронні носії інформації (CD та DVD-диски, флеш-карти). Комп'ютерне тестування використовується не тільки для підготовки до іспиту «Крок 3», а й у проведенні поточного контролю знань лікарів-інтернів після вивчення кожного з розділів внутрішніх хвороб. Використання інноваційних технологій має велике значення, тому що вони дають можливість знайти сайти європейських та американських медичних товариств, сайти МОЗ, мати доступ до Кокранівської бази та користуватися цими даними.

Упродовж останніх років великої популярності набуло дистанційне навчання, для якого певне значення мають відеоматеріали: електронні варіанти підручників, навчальних посібників, методичних рекомендацій. Дистанційне навчання дає можливість не тільки забезпечити велику аудиторію спеціалістів, але й дозволяє споживачеві освітніх послуг навчатися в зручний для нього час off line у такому темпі, який влаштовує. Але останнє вимагає і нового методичного забезпечення. Першим кроком кафедри внутрішньої медицини № 3 на шляху запровадження дистанційного навчання було ство-

рення в 2010 році навчально-наочного посібника з ендокринології, який сьогодні розміщений в Інтернеті [5].

На кафедрі створюються лекції та семінари в програмі Power Point з подальшою конвертацією за допомогою конвектора Free Codek Pack, які можуть бути розміщені на сайті університету. Надалі планується розширити презентації за рахунок відео, а також переопрацювати більшу частину методичного забезпечення занять для лікарів-інтернів. У січні 2014 року створено сайт кафедри внутрішньої медицини №3 (www.vnmed3.kharkiv.ua), на якому розміщено весь необхідний навчально-методичний та науковий матеріали кафедри, що дає можливість як студентам, так і лікарям-інтернам якісно проходити підготовку та самопідготовку.

Висновки. Застосування засад доказової медицини, навички роботи в мережі Інтернет, використання дистанційного навчання дасть можливість всебічної підготовки спеціалістів для подальшої клінічної та наукової роботи в сучасних умовах. Розроблення методичного забезпечення новітніх методів навчання є копіткою, але перспективною формою методичної роботи співробітників кафедри.

Література

1. Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки: Закон України // ВВР України. – 2007. – Ст. 102.

2. Котельников Г.П. Система внедрения и реализация принципов доказательной медицины – необходимый и обязательный компонент повышения качества образования в условиях модернизации здравоохранения / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2012. – №1 (7). – С. 43–50.

3. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах : учебное пособие / В.И. Петров, С.В. Недогода. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 127 с.

4. Александров М.А. Использование доказательной медицины и экономического анализа при разработке протоколов ведения больных и медицинских стандартов / М.А. Александров // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2011. – № 2.

5. Основи діагностики, лікування та профілактики ендокринних захворювань. Навчально-наочний посібник з грифом МОЗ України: лекції за змістовим модулем 1 / Л.В. Журавльова, М.І. Яблучанський та співав. // <http://dSPACE/univer.kharkov.ua/handle/123456789/1645>

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я І ЯКІСТЬ ПОТОМСТВА ЯК БІОЛОГІЧНИЙ МАРКЕР ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Завгородній І.В., Дмуховська Т.М., Сокол К.М., Сидоренко М.О.

За останні роки у зв'язку зі значними змінами середовища життєдіяльності людини виникла проблема екологічної патології як наслідок дії фізичних, хімічних і біологічних факторів. Частина названих факторів є природними, але більша – антропогенними.

Найбільш значущими джерелами забруднення середовища життєдіяльності (СЖ) є промислові підприємства, сільське господарство, транспорт, з викидами яких пов'язані забруднення атмосферного повітря, води, ґрунту, продуктів харчування.

Загально відомо, що діти – особлива частина популяції, яка дуже чутливо реагує на всі забруднення СЖ. Висока чутливість дитячого організму, який знаходиться в процесі розвитку, не тільки визначає стан здоров'я дітей на даний момент, але і впливає на їх подальший розвиток і стан. Патологія розвитку дитячого організму є одним із специфічних феноменів взаємодії організму дитини й зовнішнього середовища, і може визначатися задовго до народження [1].

Репродуктивна система дуже чутлива до дії шкідливих факторів. На формування екозалежної патології репродуктивної системи впливають специфічні, неспецифічні та конституціональні фактори. Показники репродуктивної функції у жінок, які проживають на забруднених територіях, значно відрізняються від територій, відносно благополучних, і мають однакову спрямованість у вигляді зниження коефіцієнта народжуваності й частоти нормальних пологів, підвищення ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду, коефіцієнту ранньої неонатальної захворюваності новонароджених, поширення вроджених аномалій.

Ранжування статистичних показників районів області з народжуваності, перинатальної, неонатальної та малюкової смертності за останні 4 роки (2010–2013 рр.). Із суми рангових місць розраховано середні показники, за якими була здійснена класифікація районів з виділенням відносно задовільних, незадовільних, напружених, критичних і кризових. До критичних районів віднесено Барвінковський, Кегичівський та Великобурлуцький райони. До напружених – Дворічанський, Ізюмський, Куп'янський, Вовчанський райони. Слід зазначити, що всі райони області мають незадовільні показники, які характеризують область як екологічно неблагополучну.

За різними літературними даними, від 40 до 60 забруднюючих СЖ речовин володіють репродуктивною токсичністю. Серед них важкі метали (свинець, ртуть, кадмій, нікель), а також миш'як, летучі органічні сполуки, у першу чергу, бензол і стійкі органічні забруднювачі (діоксини, ПХБ, хлорвміщуючі пестициди), хлороформ, трихлоретилен, ПАУ, стирол та ін. Усі названі сполуки ідентифіковано в атмосферному повітрі, ґрунті, харчових продуктах, у воді р. Сіверський Донець, яка є джерелом водопостачання для 70% населення регіону. Багато з названих речовин негативно впливають на репродуктивну систему не тільки жінок, а й чоловіків (*табл. 1*).

Таблиця 1 – Забруднюючі речовини й фактори, що порушують репродуктивне здоров'я населення (за даними Б.А. Ревич та ін. [2])

1,2-дібром-3-хлорпропан	Зміна сперми, стерильність, безпліддя
Алдріни	Спонтанні аборти, передчасні пологи
Бензол	Спонтанні аборти, мала маса новонароджених, порушення менструального циклу, атрофія яєчника
Вінілхлорид	Порушення менструального циклу
Гексахлорциклогексан	Гормональні порушення, спонтанні аборти, передчасні пологи
ДДТ та інші хлорорганічні пестициди	Спонтанні аборти, передчасні пологи
Дихлоретилен	Вроджені вади розвитку (серця)
Кадмій	Мала маса новонароджених
Ксилоли	Порушення менструального циклу
Летучі органічні сполуки (толуол, уайт-спирит та ін.)	Те ж саме
Метилметакрилат	Порушення менструального циклу, анемія, токсикоз
Миш'як	Спонтанні аборти, зменшення маси тіла новонароджених, вроджені вади розвитку
Органічні розчинники	Вроджені вади розвитку, рак у дітей
ПАУ	Зменшення фертильності, вроджені пороки розвитку, мертвонароджуваність
ПХБ	Ембріональна смерть, мала маса новонароджених, вроджені пороки розвитку, безпліддя
Ртуть	Порушення менструального циклу, спонтанні аборти, сліпотата, глухота, затримка розумового розвитку, ураження голови
Свинець	Безпліддя, спонтанні аборти, вроджені вади розвитку, мала маса новонароджених, порушення лактації, зміни сперми
Сірковуглець	Порушення менструального циклу
Стирол	Порушення менструального циклу, недостатня функція яєчників, анемія, спонтанні аборти
Фенол, формальдегід	Порушення менструального циклу
Хлорвмістими речовини (трихлорацетонітрил, 1,2-дібромтрихлорпропан, діхлорацетонітрил та ін.)	Вроджені вади розвитку, порушення роботи ЦНС, перинатальна смертність
Хлоропрен	Порушення менструального циклу, передпухлинні стани, можливо, пухлини геніталій
Хром	Порушення менструального циклу
Іонізуюча радіація	Безпліддя, мікроцефалія, хромосомні порушення, рак у дітей
Електромагнітні поля надвисокої частоти	Безпліддя в чоловіків, зміна сперми

Із наведених у таблиці речовин у Харківському регіоні постійно присутні 12 одночасно в атмосферному повітрі, повітрі робочої зони, у воді водойм, у ґрунті. Це такі речовини: алдрин, бензол, хлорорганічні пестициди, ксилол, кадмій, ртуть, свинець, сірковуглець, стирол, фенол, хром, хлороформ. А такі речовини, як свинець, кадмій, хром у великих концентраціях виявлені в овочах, вирощених на приміських земельних ділянках м. Харкова й, вірогідно, вони наявні в цих продуктах скрізь. На наш погляд, особливо небезпечним за своєю дією, за поширеністю є хлороформ. Ця речовина наявна в питній

воді в кількості 3,6 ГДК і може надходити в організм людини через шлунково-кишковий тракт, інгаляційно, через слизові й шкіряні покриви, наприклад, при відвідуванні плавального басейну, прийманні душу, пранні білизни, митті посуду.

Соціально-демографічні аспекти неонатології стали предметом тривоги й стурбованості провідних вітчизняних і зарубіжних неонатологів, про що свідчать доповіді на VI Конгресі неонатологів України [3]. Було констатовано, що в Україні народжується близько 20 тис. недоношених малюків, 3700 із них – з низькою масою тіла (< 1500 г), у тому числі близько 1200 дітей – з екстремально низькою масою тіла (< 1000 г). В Україні реєструють кожну дитину, що народилася в гестаційний період ≥ 22 тиж. і/або з масою тіла ≥ 500 г. Процес виходжування таких новонароджених значно ускладнився. Такі новонароджені впливають на показники дитячої смертності, які значно перевищують європейські (3,5–4,5 на 1000 народжених живими) і Білорусі, де цей показник у 2012 році становив 3,4 на 1000 народжених живими (у 2,3 рази нижче, ніж в Україні). На жаль, Конгрес не приділив уваги цій важливій причині такого стану, якою є екологічна та соціально обумовлена ситуація в Україні. За даними ОБСЄ [4], в Україні збереглося лише 6% чистої території, 94% – це забруднення ґрунтів, повітря, води. Згідно з комплексною оцінкою стану довкілля, в Україні виділені такі зони:

1. Надзвичайно високого потенціального ризику – 8 областей (в цій зоні знаходиться Харківська область).

1. Дуже високого ризику – 6 областей і Крим.

1. Високого екологічного ризику – 4 області.

Висновки:

- Проблема здоров'я дитини на сучасному етапі розвитку людства пов'язана з проблемою екологічної патології, яка може бути вирішена лише комплексними заходами, спрямованими на покращення екологічної ситуації, своєчасне оздоровлення жінок і підростаючого покоління для реалізації репродуктивної функції, підвищення якості лікувально-діагностичної і соціальної допомоги.

- Показники репродуктивного здоров'я і якості потомства дозволяють говорити про безумовну роль екологічних чинників і можуть бути біологічними маркерами техногенного забруднення СЖ людини.

Література

1. Экология и здоровье детей / Под редакцией академика РАМН М.Я. Студенкина, проф. А.А. Ефимовой. – М.: Медицина, 1998. – 384 с.

2. Ревич Б.А. Экологическая эпидемиология: Учебник для высших учебных заведений / Б.А. Ревич, С. Л. Авалиани, Г.И. Тихонова; Под ред. Б.А. Ревича. – М.: Издательский центр «Академия», 2004 – 384с.

3. VI Конгрес неонатологів України: головні проблеми й перспективи розвитку допомоги новонародженим // Укр. мед. Часопис, 5 (103) – 2014.

4. Environment and Human Health Europe's Environment: the Third Assessment. – 2003. – P. 384

СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ ПАЦІЄНТА ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРОГО НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Заздравнов А.А.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – надважлива соціально-економічна та медична проблема, значущість якої обумовлена широким поширенням в популяції та чільним місцем у структурі загальної смертності. АГ будь-якого походження є головним фактором ризику ішемічної хвороби серця, судинних катастроф (інсульту, тромбозів) та захворювань нирок.

Головною особливістю сучасних демографічних процесів є невинне старіння населення. За прогнозами експертів ООН, до 2025 року загальна кількість людей віком 60 років й більше сягне 1,1 млрд. осіб. Даний процес сприяє зростанню соціально-економічних і медичних проблем та вимагає формування нових підходів до лікувально-профілактичної роботи з особами старшого віку. Соціалізація медичних проблем змінює усталені погляди на ведення хворих, обумовлює необхідність корекції лікувально-реабілітаційних програм, формування нових груп медико-соціального ризику.

Гіпертонічна хвороба є найбільш поширеною хронічною неінфекційною патологією літніх людей. Підвищений артеріальний тиск (АТ) реєструється у 50–70% осіб похилого віку. Похилий вік асоціюється із змінами серцево-судинної системи та інших систем організму, які можуть призводити до розвитку серцево-судинних захворювань та збільшувати темп їх прогресування.

Протягом останніх років в Україні несприятливі суспільно-політичні тенденції, надскладна економічна ситуація сприяють зростанню ролі соціально-економічних чинників в етіопатогенетичних механізмах АГ. Особи похилого віку належать до найменш соціально захищених верств населення, що робить їх особливо вразливою категорією пацієнтів.

Мета роботи: охарактеризувати соціальні чинники, що асоціюються з виникненням та несприятливим перебігом АГ у хворих похилого віку.

Соціальні чинники, що виступають у ролі факторів серцево-судинного ризику включають проблеми сімейного стану, низьку соціальну підтримку, низький соціально-економічний статус (освіта, професія, фінансові можливості), неповноцінне харчування.

Шлюб – один із найпотужніших захисних механізмів соціальної підтримки будь-якої людини – і хворої, і здорової. Вдівство, навпаки, є гострою життєвою подією. Так, смертність від серцево-судинних захворювань серед овдовілих чоловіків набагато вища, ніж в одружених. При обстеженні випадкової вибірки в містах Московської області встановлено, що рівень АТ асоціювався з сімейним станом: овдовілі чоловіки мали найбільш високу поширеність АГ [3].

Рівень доходу і стан здоров'я – два найбільш значущих фактори, що зумовлюють задоволеність життям. Літні пацієнти порівняно з особами працездатного віку мають істотно менші фінансові ресурси. За рівнем забезпеченості на 1 члена сім'ї близько половини хворих із АГ літнього віку є малозабезпеченими. Дослідження їх сімейного бюджету показало, що перше місце

посідають витрати на харчування (у середньому 40% бюджету), друге і третє місце ділять між собою витрати на комунальні послуги (20–25%) та інші витрати (до 25%). Лише четверте місце припадає на лікарське забезпечення і лікування, витрати на які складають від 12 до 15% бюджету [5]. Унаслідок цього ефективні лікарські засоби стають недоступними через їх вартість.

Певним корелятом фінансової спроможності пацієнтів з ГХ є можливість використовувати додатково оплачувані діагностичні заходи. Сплачує медичні послуги при лікуванні АГ близько половини літніх пацієнтів [5]. Через брак фінансів обсяг діагностичних обстежень та можливості лабораторно-інструментального контролю за станом літніх пацієнтів нижчий, ніж у хворих молодого і середнього віку, і як результат – зростає частота ускладнень АГ, погіршується прогноз захворювання.

Фактор незбалансованого харчування відіграє значну роль у розвитку та прогресуванні серцево-судинної патології. Так, рекомендацію щодо обмеження кухонної солі в раціоні у літніх осіб реалізувати складніше, ніж у молодих пацієнтів, що пов'язано із залежним від віку послабленням інтенсивності смакових відчуттів. Проблема фізичної активності літніх людей може ускладнювати процес придбання свіжих продуктів і приготування їжі.

На можливість якісного та збалансованого харчування певною мірою впливають й фінансові можливості пацієнта. Так, при обстеженні 318 літніх хворих із АГ (Красноярськ, РФ) встановлено, що вони споживають овочів і фруктів менше за необхідне. При цьому 8 % хворих на АГ похилого віку зазначили, що овочів вони не вживають узагалі. У раціоні літніх жінок знижено споживання м'яса, у чоловіків похилого віку відзначається висока питома вага споживання круп [4].

Соціальна ізоляція є доведеним фактором погіршення перебігу АГ, збільшення серцево-судинної захворюваності та смертності. Так, при проведенні одночасного обстеження в Росії, Польщі та Чехії було встановлено, що активна підприємницька діяльність знижувала ризик АГ, тимчасом як у непрацюючих пенсіонерів даний ризик зростав [1]. Літнім людям важливо дотримуватися балансу автономності, незалежності і захищеності, можливості спілкування, відчувати свою значущість для рідних. Це проявляється, зокрема, в оцінці свого життя пенсіонерами, які проживають в одній сім'ї з різною кількістю людей. Пенсіонери, що живуть тільки з одним членом сім'ї, не схильні бути задоволеними своїм життям. Пенсіонер, що проживає разом з трьома або більше членами сім'ї, значно більше задоволений своїм життям. Дослідження показало, що вкрай погано оцінюють стан свого здоров'я пенсіонери, які зустрічаються зі своїми дітьми рідше одного разу на місяць, а найбільш позитивні оцінки дають люди, які спілкуються кожен день [5].

Також, вельми характерною проблемою літніх хворих на ГХ є недостатні знання про сутність захворювання, його наслідки та можливості лікування та профілактики, що зумовлює низьку прихильність хворих до лікування [2]. Корекція індивідуальної поведінки стосовно мінімізації впливу факторів ризику АГ – одна з необхідних умов успішного ведення для біль-

шості пацієнтів з ГХ. Проте існує значний розрив між теоретично обґрунтованими рекомендаціями щодо модифікації поведінки і прихильністю хворих їх виконати. Особливого значення дана проблема набуває в середовищі літніх пацієнтів. З одного боку, вона може бути наслідком недостатньої освіченості хворого похилого віку, але з іншого – результатом небажання лікаря витратити час на роз'яснення. Тим часом навчання літніх людей при використанні принципів андрагогіки (наука навчання дорослих) є ефективним процесом.

Таким чином, хворі на АГ похилого віку представляють собою багаточисельну групу медико-соціального ризику. Ведення літнього пацієнта перестає бути суто медичним аспектом діяльності лікаря, а набуває соціальної значущості. Ідеальною метою лікувально-профілактичної роботи з даними пацієнтами є не лише нормалізація АТ, а й нівелювання негативного соціального фону.

Література

1. Артериальная гипертензия в трех восточно-европейских странах и ее связь с социально-экономическими факторами / Малютин С. К., Вобак М., Рајак А. [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7 (6), Приложение 1. – С. 231.

2. Дзизинский А. А. Артериальная гипертония: медико-социальные и организационно методические проблемы профилактики и лечения / А.А. Дзизинский // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 1 (39). – С. 196–199.

3. Изучение социально-экономических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний на примере скрининга 4 городов Московской области / Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. [и др.] // Росс. кардиол. журн. – 2001. – Т. 5. – С. 31.

4. Особенности питания пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией / Давыдов Е.А., Харьков Е.И., Шульмин А.В. [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 5. – С. 69–73.

5. Социально-экономическая характеристика старших возрастных групп больных с артериальной гипертонией / И.П. Артюхов, Е.Л. Давыдов, В.Ф. Капитонов [и др.] // Сибирское мед. обозрение. – 2013. – № 6. – С. 78–83.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ УСТАНОВАХ РІЗНОГО ПРОФІЛЮ

Залюбовська О.І., Зленко В.В., Литвиненко М.І.

Протягом останніх десяти років у світі спостерігається бурхливий розвиток клінічної лабораторної діагностики, зумовлений загальними тенденціями в галузі охорони здоров'я, розвитком біотехнологій, доказової медицини та науково-технічним прогресом. Це докорінно змінило характер надання медичних послуг населенню та місце і роль у цьому клінічної лабораторної діагностики.

Клінічна лабораторна діагностика (лабораторна медицина) є однією з найважливіших складових системи охорони здоров'я, яка забезпечує надання діагностичної допомоги пацієнтам при оцінюванні стану здоров'я, діагностиці захворювань, моніторингу результатів лікування, подальшому прогнозі перебігу хвороби, що має загальнодержавне значення по збереженню та покращенню здоров'я населення, а також зменшення захворюваності та смертності.

Основним завданням клінічної лабораторної діагностики є отримання об'єктивних даних про стан здоров'я окремо взятого пацієнта, виділеної групи або населення регіону в цілому [1].

Згідно зі статистичними даними МОЗ України щорічно в понад 5700 державних лабораторіях України виконується близько 740 млн. лабораторних досліджень.

З них: на 1 мешканця країни – 15,9 досліджень, на 100 відвідувань у поліклініці – 90,9; на 1 особу, яка вибула із стаціонару – 33,9. Із загальної кількості досліджень 40,1% – загальноклінічні, 29,2% – гематологічні, 17,7% – біохімічні, 6,5% – імунологічні, 3,8% – мікробіологічні, 2,7% – цитологічні.

З'явилися та активно розвиваються нові діагностичні напрямки та лабораторні технології, такі, як молекулярна діагностика, що базується на полімеразній ланцюговій реакції, імунофенотипування на основі проточної цитометрії, започаткована автоматизація бактеріологічних досліджень, активно розвивається в регіонах лабораторна діагностика TORCH- інфекцій, вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекцій, що базується на імуноферментному та хемілюмінесцентному аналізі [2].

Ураховуючи значний розвиток лабораторної медицини в Україні, усе більш актуальним стає питання дотримання санітарно-протиепідемічного режиму в лабораторно-діагностичних установах. Мета – недопущення виникнення та поширення внутрішньолікарняних інфекцій серед пацієнтів лікарень, яким здійснюють лабораторні дослідження в клініко-діагностичних лабораторіях та серед співробітників лабораторних установ.

Санітарно-протиепідемічний режим включає вимоги до санітарного стану території, на якій розміщена лікарня, внутрішнього обладнання лікарні, освітлення, опалення, вентиляції, санітарного стану приміщень.

Внутрішньолікарняна інфекція - будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло в пацієнта протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло внаслідок його роботи в акушерському стаціонарі. [3].

Внутрішньолікарняні інфекції є актуальною проблемою охорони здоров'я як в медичному, так і в соціальному та економічному аспектах. Вони можуть стати причиною смерті, збільшують терміни перебування пацієнтів у стаціонарі, відповідно збільшується вартість його лікування, а також призводять до інвалідності [4].

Серед факторів, які сприяють збільшенню поширення внутрішньолікарняних інфекцій, необхідно відмітити такі [5–7]:

- упровадження нових (ушкоджувальних або проникаючих) діагностичних і лікувальних маніпуляцій;
- збільшення осіб похилого віку;
- збільшення кількості ослаблених дітей, пацієнтів з невиліковними захворюваннями.

Джерелом розвитку внутрішньолікарняної інфекції в лабораторно-діагностичних установах є відвідувачі лабораторій (хворі чи носії інфекцій) та співробітники лабораторій, які переносять інфекційні хвороби у легкій хронічній або латентній формах. Фактором передачі є кров, сеча, мокротиння та інші біологічні матеріали, а також лабораторний інструментарій, обладнання, меблі, інвентар тощо.

Шляхи передачі інфекції:

1. Контактний: прямий (від джерела до господаря): педикульоз, сифіліс та непрямий (через проміжний об'єкт: руки, предмети): кишкові інфекції: гепатит А, ранові інфекції

2. Повітряно-крапельний: туберкульоз, вітряна віспа

3. Трансмісивний (при введенні ліків, крові, їжі, через живого переносника): гепатит В, А, малярія, ВІЛ-інфекція

Профілактичні заходи спрямовані на попередження виникнення внутрішньолікарняної інфекції

1. Санітарно-гігієнічні

а. Режим провітрювання (кондиціонери, вентиляція, вентиляційні канали);

б. Прибирання (регулярність, використання дезінфікантів, дезінфекція протирального інвентаря);

в. Дезінфекція постільних речей (дезінфекційна камера);

г. Разові комплекти.

2. Протиепідемічний режим:

а. знезараження інструментарію (централізовані стерилізаційні);

б. безпечне харчування;

в. контроль здоров'я персоналу, хворих.

Кожна установа, що має у своєму розпорядженні патогени або токсини, несе відповідальність за їх захист від можливого умисного злочинного застосування, яке може завдати шкоди здоров'ю населення.

Запобіжні заходи повинні стати постійною частиною лабораторної роботи, так само як асептичні методи і безпечна мікробіологічна практика.

Література

1. Залюбовская О.И., Литвинова О.Н., Киреев И.В., Зленко В.В., Карабут Л.В. Клиническая лабораторная диагностика: курс лекций. – Харьков: Из-во НфаУ, 2008. – 175 с.

2. Наказ МОЗ України № 696 від 18.08.2010 «Про затвердження Концепції управління якістю клінічних лабораторних досліджень на період до 2015 року».

3. Загальна гігієна: посібник для практичних занять / за ред. Даценко І.І. – Львів, 2001. – 472 с.

4. Практическое руководство по биологической безопасности в лабораторных условиях. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004. – 200 с.

5. ДСП 9.9.5.-080-02 «Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю».

6. ДСП №9.9.5.035-99 "Безпека роботи з мікроорганізмами I–II груп небезпеки";

7. Наказ МОЗ України від 24.01.2008 N26 «Організація роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I–IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами».

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ЛАБОРАНТІВ У КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІЙ ЛАБОРАТОРІЇ

Залюбовська О.І., Пірятінська Н.Є., Литвиненко М.І.

Клініко-діагностична лабораторія (надалі – КДЛ) є діагностичним підрозділом лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) або окремою приватною лабораторією.

Централізовані КДЛ створюються для виконання як різних видів досліджень, так і одного їх виду: біохімічні, імунологічні, цитологічні, загальноклінічні, мікробіологічні та інші дослідження (спеціалізовані лабораторії) [1].

Оснащення КДЛ здійснюється відповідно до профілю лікувально-профілактичного закладу.

Навантаження персоналу визначається завданнями лабораторії та розрахунковими нормами часу на проведення лабораторних досліджень.

Основними завданнями КДЛ є: проведення клінічних лабораторних досліджень відповідно до профілю ЛПЗ (загальноклінічних, гематологічних, імунологічних, цитологічних, біохімічних, мікробіологічних та інших) в обсязі згідно із заявленою номенклатурою досліджень при акредитації КДЛ відповідно до ліцензії ЛПЗ [2, 3].

Клініко-діагностична лабораторія повинна мати такий перелік дозвільної документації [4, 5]:

1. Положення про лабораторію, затверджене керівником установи.
2. Паспорт лабораторії, затверджений керівником установи.
3. Дозвіл на роботу зі збудниками відповідних груп небезпеки (за потреби).
4. Свідоцтво(а) про акредитацію.
5. Організаційно-розпорядча документація - накази, інструкції та інші документи, що регламентують діяльність лабораторії.
6. Нормативна документація, що регламентує вимоги до об'єктів досліджень та методи досліджень.
7. Документація на систему забезпечення якості досліджень:
 - а) настанова з якості;
 - б) інструкція з внутрішнього та зовнішнього контролю якості досліджень;

в) інструкції з протиепідемічного режиму, охорони праці та техніки безпеки.

8. Документи на обладнання та засоби вимірювальної техніки:

а) реєстраційні документи на обладнання (журнал, картки та ін.);

б) паспорт на кожну одиницю обладнання та засоби вимірювальної техніки;

в) графіки та посвідчення перевірок засобів вимірювальної техніки.

9. Документація щодо персоналу лабораторії:

а) посадові інструкції;

б) документи з питань підвищення кваліфікації та атестації персоналу (свідоцтва, атестати та ін.);

в) дані щодо імунізації працівників.

10. Журнали реєстрації інструктажів з питань біологічної безпеки (протиепідемічного режиму), безпеки праці та пожежної безпеки.

11. Журнал реєстрації аварій.

При влаштуванні на роботу персонал лабораторії повинен пройти повний медичний огляд згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.07.2002 № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб», яке включає бактеріологічне дослідження мазків зі слизової оболонки носоглотки на наявність патогенних стафілококів, стрептококів та кишкової групи, наявність щеплень, флюорографічне обстеження тощо [6].

Протипоказаннями для роботи в лабораторно-діагностичних установах є наявність таких захворювань та/або бактеріоносійства:

– черевного тифу;

– паратифів;

– сальмонельозу;

– дизентерії;

– гіменолепідозу;

– ентеробіозу;

– сифілісу в заразному періоді;

– прокази;

– заразних шкірних захворювань (короста, трихофітія, мікроспорія, парша, актиномікоз з виразками або норицями на відкритих ділянках тіла);

– заразних і деструктивних форм туберкульозу легенів;

– позалегеневого туберкульозу з наявністю нориць;

– бактеріоурії;

– туберкульозного вовчаку обличчя та рук;

– гонореї всіх форм (тільки для працівників медичних, оздоровчих закладів, дошкільних навчальних, загальноосвітніх навчальних закладів, які безпосередньо пов'язані з обслуговуванням дітей, на час проведення ліку-

вання антибіотиками і отримання негативних результатів першого контролю);

– гнійничкових захворювань (для працівників акушерських та хірургічних стаціонарів, відділень патології новонароджених, недоношених, працівників, які виготовляють та реалізують харчові продукти, працівників дошкільних навчальних закладів, які безпосередньо пов'язані з обслуговуванням дітей, масажних та косметичних кабінетів, кабінетів фізіотерапії, дитячих молочних кухонь, на підприємствах з виробництва кондитерських виробів та морозива, молочних продуктів, у перукарнях та інших підприємствах, де є загроза передачі захворювання чи забруднення продукції патогенним стафілококом.).

Персонал лабораторії зобов'язаний:

1. Знати і виконувати вимоги нормативно-правових актів з охорони праці, даних правил, інструкцій з охорони праці, експлуатації обладнання.

2. Використовувати засоби колективного та індивідуального захисту.

3. Виконувати обов'язки з охорони праці, передбачені колективним договором (трудовою угодою) і правилами внутрішнього трудового розпорядку установи, проходити у встановленому порядку попередні та періодичні медичні огляди.

4. Забезпечувати правильне поводження з біологічно патогенними агентами, отруйними, сильнодіючими, легкозаймистими та ін. речовинами на закріпленій ділянці роботи; правильне ведення і зберігання встановленої документації.

Основним завданням лікаря-лаборанта є якісне виконання морфологічних досліджень, інтерпретації лабораторних показників при різній патології.

Ділянкою роботи лікаря-лаборанта лабораторії є проведення клінічних та біохімічних досліджень біологічного матеріалу. Робочим місцем є кабінет, обладнаний в лабораторії.

Лікар-лаборант веде в лабораторії, а в разі потреби і біля ліжка хворого, роботу, що потребує спеціальної кваліфікації з виконання лабораторних загальноклінічних і біохімічних досліджень. Консультує лаборантів з усіх найбільш складних і відповідальних робіт, відповідає за роботу середнього та молодшого медичного персоналу лабораторії. Лікар-лаборант є консультантом для лікарів з усіх питань лабораторної діагностики.

Лікар-лаборант бере участь у науково-практичній роботі, виконуючи за планом певну частину лабораторних досліджень.

Лаборант зобов'язаний:

1. Слідкувати за справністю газової і електричної мереж, вентиляції, апаратури та обладнання. При виявленні дефектів доводити до відома завідувача (керівника) лабораторії, не починати роботу до усунення виявлених поломок.

2. Готувати дезінфікуючі розчини, не допускаючи застосування застарілих, що втратили активність.

3. Здійснювати контроль роботи стерилізаційного обладнання.

4. Утримувати робоче місце у порядку, проводити дезінфекцію робочих місць, боксів, холодильників, термостатів та ін. обладнання, знезараження відпрацьованого матеріалу, інструментів, посуду, спецодягу.

5. Після закінчення робочого дня перевіряти і прибирати до спеціально визначених місць ємкості з посівами, культурами, сильнодіючими речовинами; пломбувати термостати, холодильники, шафи, здавати печатки і ключі спеціалісту, який відповідає за заразний матеріал або хімічні речовини.

Лаборант повинен вміти правильно підготувати хворого до взяття біологічного матеріалу (крові, сечі, шлункового соку та ін.) І знати вимоги щодо його подальшого використання. Отриманий біоматеріал слід помістити в чистий, а за необхідності - стерильний посуд і супроводити спеціальним бланком із зазначенням прізвища, ініціалів, віку (обов'язково для дитини), діагнозу пацієнта, відділення, палати того лікувального закладу, де він перебуває на лікуванні, виду біологічного матеріалу та дослідження, на яке він направлений [7, 8].

Від лаборанта також потрібне вміння організувати роботу молодшого медичного персоналу лабораторії, правильно здійснювати прийом, маркування та реєстрацію біоматеріалу, що надійшов до лабораторії, його зберігання.

Середній медичний персонал повинен добре володіти технікою взяття крові з пальця, вени, отримання мазків із зіву або статевих органів. У разі виконання більш складних маніпуляцій за участю лікаря (веносекція, спинномозкова пункція, взяття пунктатів з порожнин) лаборант повинен вміти продезінфікувати шкіру, правильно підготувати необхідний інструментарій.

Лаборант повинен уміти правильно готувати, фіксувати і забарвлювати препарати для дослідження клітинних елементів, відбирати матеріал для мікроскопічного дослідження, володіти технікою світлової, поляризаційної, фазово-контрастної і флуоресцентної мікроскопії.

На лаборанта також покладаються обов'язки ведення обліково-звітної документації (реєстрація, записи в журналах і бланках результатів аналізу, складання заявок на реактиви, облік своєї роботи, складання звітів і т.ін.). Він повинен володіти навичками використання методів статистичної обробки результатів досліджень, у тому числі стосовно до внутрішньо- і міжлабораторних методів контролю якості.

Особливу увагу слід приділяти підготовці до експлуатації необхідних приладів, посуду, інвентарю, реактивів.

Лаборант повинен вживати заходів до запобігання ситуацій, пов'язаних з порушенням техніки безпеки, і вміти надавати першу допомогу при нещасних випадках.

Література

1. Залюбовская О.И., Литвинова О.Н., Киреев И.В., Зленко В.В., Карабут Л.В. Клиническая лабораторная диагностика: курс лекций. – Харьков: Из-во НфаУ, 2008. – 175 с.

2. Методы клинических лабораторных исследований / под ред. В.С. Камышникова. – М.: МЕДпресс-информ., 2013. – 736 с.
3. Наказ МОЗ України № 696 від 18.08.2010 «Про затвердження Концепції управління якістю клінічних лабораторних досліджень на період до 2015 року».
4. Наказ МОЗ України від 04.01.2001 р. № 1 «Медична облікова документація, що використовується в лабораторіях лікувально-профілактичних закладів».
5. ДСП 9.9.5.-080-02 «Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю».
6. Наказ МОЗ України 23.07.2002 № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб».
7. Практическое руководство по биологической безопасности в лабораторных условиях. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004. – 200 с.
8. Наказ МОЗ України від 24.01.2008 № 26 «Організація роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I-IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами».

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПСИХІАТРІЇ, НАРКОЛОГІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ХНМУ

Кожина Г.М., Черкасова А.О., Стрельнікова І.М., Зеленська К.О.

Післядипломна освіта медичних кадрів розглядається нами як один із важливих етапів медичної освіти. На кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ підготовка лікарів-психіатрів в інтернатурі проводиться багато років. У зв'язку з цим накопичено певний досвід, який дає можливість оцінити як позитивні аспекти цього виду післядипломної освіти, так і визначити труднощі, які доводиться долати.

Постійно зростаючий рівень розвитку охорони здоров'я висуває проблему підготовки висококваліфікованих фахівців. Провідна роль у підвищенні професійного рівня лікарів, особливо первинної ланки охорони здоров'я, належить продуманій і чітко організованій системі післядипломної підготовки лікарів. Така підготовка на більш професійному рівні повинна включати в себе спеціальні цикли післядипломного навчання з загальноосвітніх клінічних розділів. Лікарі-інтерни за спеціальністю «Психіатрія» повинні отримувати знання не тільки з окремих нозологічних одиниць психічних захворювань і методів їх лікування з основами профілактики, реабілітації та основ психоосвіти, а й мати широку компетенцію в суміжних розділах медицини: неврології, генетиці, імунології, радіаційної медицини, клінічної фармакології, терапії, акушерстві та гінекології, педіатрії, інфекційної патології, клінічної біохімії, лабораторної та функціональної діагностики, онкології, сучасних методах обробки статистичного матеріалу з використанням комп'ютерів, економіці.

Багаторічний досвід підготовки лікарів-інтернів з психіатрії на кафедрі показав, що випускники медичних вузів мають слабкі загальнотеоретичні знання загальної біології, виявляють недолік знань з медичної психології, психології особистості. Істотні труднощі в підготовці лікарів-інтернів з психіатрії викликають і деякі особливості ще присутньої в них «студентської» психології.

Згідно з нормативними документами, підготовка лікарів-психіатрів в інтернатурі проводиться протягом 1,5 року. У процесі навчання, очного й заочного циклів, лікар - інтерн отримує загальні практичні навички професійної діяльності, спілкування, досвід роботи в команді лікарів, здатність приймати рішення про збереження здоров'я пацієнтів.

Лікарі-інтерни залучаються до виконання наукових робіт з різних розділів психіатрії. Після закінчення наукового дослідження інтерни оформлюють результати отриманих даних у вигляді окремих статей. Крім того, кожен інтерн до заключного іспиту готує розгорнутий реферат з актуальних проблем психіатрії.

Заочний цикл інтернатури проводиться у відділеннях психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 під керівництвом висококваліфікованих лікарів практичної охорони здоров'я.

Кафедра приділяє велику увагу підготовці інтернів до іспиту «Крок 3», а також практичній частині випускного іспиту.

ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ В УКРАЇНІ (на прикладі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ)

Кожина Г.М., Черкасова А.О., Гайчук Л.М.

У вищій школі процес професійної підготовки майбутніх лікарів-психіатрів здійснюється в системі безперервної медичної освіти, що має таку структуру: класичні медичні ВНЗ і медичні факультети університетів, післядипломна освіта за фахом. Останнім часом в системі підготовки кадрів для медицини здійснено ряд перетворень. Так, для підвищення якості підготовки фахівців був збільшений перелік лікарських спеціальностей в інтернатурі, подовжені терміни післядипломного навчання, введено кредитно-модульну систему організації навчального процесу, багатобальну рейтингову шкалу оцінок студентів.

Зміст і організація освітнього процесу в медицині, у тому числі й на післядипломному рівні, спрямовані на формування особистості майбутнього лікаря, його цивільної відповідальності, правової культури та правової самосвідомості, духовності, ініціативності, самостійності, толерантності, здатності до успішної соціалізації в суспільстві, професійної зрілості, що є сьогодні одними з актуальних завдань вищої медичної освіти .

Післядипломна медична освіта розглядається нами на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології як один з важливих етапів медичної освіти. Завданнями інтернатури за спеціальністю «Психіатрія» є:

1. Професійне призначення й умови використання лікарів-психіатрів;

2. Система загальних і спеціальних професійних завдань, підготовка до вирішення яких повинна бути забезпечена змістом і організацією навчального процесу на кафедрі;

3. Вимоги до атестації якості підготовки лікарів-психіатрів;

4. Відповідальність за якість підготовки лікарів-психіатрів.

Під час проходження інтернатури за фахом «Психіатрія», протягом 1,5 років, майбутні лікарі працюють на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології, де відповідно до затвердженої Міністерством програми слухають лекції з основних розділів психіатрії. Велика увага приділяється проведенню семінарських занять, на яких лікарі-інтерни виступають з рефератами про нові досягнення з різних розділів психіатрії й проводиться детальне обговорення цих рефератів. На практичних заняттях лікарі-інтерни працюють із хворими під контролем викладачів.

З метою управління якістю підготовки лікарів - інтернів у вищих медичних навчальних закладах запроваджено систему державного аудиту знань лікарів-інтернів шляхом ліцензованого інтегрованого іспиту «Крок 3», який є контролем знань лікарів-інтернів усіх спеціальностей з невідкладної допомоги.

Відмітною ознакою кваліфікаційних вимог є системне відображення діяльності лікаря-психіатра як комплексної кінцевої мети його післядипломної освіти.

СТЕАТОЗ ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

*Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Могиленець О.І.,
Меркулова Н.Ф., Юрко К.В., Ткаченко В.Г.*

Хронічний гепатит С (ХГС) є поширеним захворюванням з високим ризиком переходу до цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми. За останніми даними, вірусом гепатиту С (HCV) у світі інфіковано понад 200 млн. людей, тобто біля 3 % населення планети [1, 2].

Морфологічні зміни в печінці при хронічному гепатиті С (ХГС) характеризуються запально-некротичним процесом, фіброзом та стеатозом, тобто накопиченням жиру в гепатоцитах. Останній, як відомо, погіршує прогноз хвороби, тому що прискорює розвиток цирозу та карциноми, знижує ефективність противірусної терапії, є доведеним негативним предиктором стійкої вірусологічної відповіді. Частота стеатозу печінки при ХГС сягає 40%, у тому числі серед хворих з генотипом вірусу 3а – 86% [3].

Сучасна стратегія лікування ХГС передбачає необхідність корекції факторів, що негативно впливають на ефективність противірусної терапії, серед яких проблема стеатозу печінки розглядається як найбільш значуща [2, 4]. Тому встановлення наявності стеатозу печінки та визначення його ступеня в кожного конкретного пацієнта з метою проведення відповідної терапії є важливим завданням.

Достовірним методом оцінки морфологічних змін у печінці є пункційна біопсія з наступним гістологічним дослідженням тканини. Цей метод вважають «золотим» стандартом діагностики. Однак, поряд з багатьма пере-

вагами, він має низку суттєвих недоліків: інвазивність процедури, фізичний та психологічний дискомфорт, ризик ускладнень, у тому числі летальних, наявність обмежень та протипоказань до виконання цієї маніпуляції, неможливість завжди отримати адекватний об'єм тканини, суб'єктивний характер оцінки гістологічних даних, висока вартість, труднощі динамічного спостереження тощо [5].

Поряд із цим, існують неінвазивні способи діагностики стеатозу печінки на підставі оцінки її ехогенності за допомогою ультразвукового дослідження [6], визначення еластичності печінки методом короткочасної еластографії [7], визначення базального С-пептиду в сироватці крові [8], сироваткового рівня вільних жирних кислот [9], інсулінорезистентності [10], проведення генетичного дослідження з визначенням генів, експресія яких призводить до формування стеатозу [11] тощо. Але кожен з цих способів має певні суттєві недоліки.

Таким чином, пошук та встановлення зв'язку між лабораторними показниками й морфологічними змінами та визначення можливих маркерів, які б відображали стан цих змін, є необхідним.

Патологічні процеси, що відбуваються в печінці внаслідок тривалої персистенції збудника при HCV-інфекції, раніше чи пізніше, призводять до порушення її функцій, однією з яких є участь у жировому обміні [12]. Доведено, що безпосередньо сам HCV здатен змінювати гени клітини, які відповідають за метаболізм ліпідів [13]. Тому є підстави вважати, що коливання загального холестерину (ЗХ) та тригліцеридів (ТГ) як показників стану ліпідного обміну може досить повно відбивати функціональний стан печінки та морфологічні зміни в ній.

Мета дослідження – оцінити вміст ЗГ, ТГ та глюкози (Гл) у сироватці крові хворих на ХГС в залежності від ступеня стеатозу печінки.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 17 хворих на ХГС. З них чоловіків було 13 (76 %), жінок – 4 (24 %). Середній вік пацієнтів склав $39,35 \pm 3,1$ років. Крім стандартних рутинних біохімічних показників, хворим визначали вміст ЗХ, ТГ, Гл колориметричним методом на біохімічному аналізаторі фірми «Roche» (Франція), а також проводили оцінку ступеня стеатозу за системою FibroMax.

Контрольну групу склали 20 здорових донорів. Для статистичної обробки отриманих даних використовували критерій t Стьюдента для малих вибірок та коефіцієнт кореляції r.

Результати. Вміст ЗХ у сироватці крові обстежених хворих склав $4,48 \pm 0,21$ ммоль/л, що було вище, ніж у контролі ($p < 0,001$). Вміст ТГ та Гл не відрізнявся від контрольних значень ($p > 0,05$).

Ступінь стеатозу S0 визначено в 6 (35,3 %), S1 – у 6 (35,3 %), S2 – у 4 (23,5 %), S3 – у 1 (5,9 %) хворого. Встановлений кореляційний зв'язок між ступенем стеатозу та вмістом ЗХ ($r=0,53$; $p < 0,05$), ТГ ($r=0,61$; $p < 0,01$) та Гл ($r=0,55$; $p < 0,02$) у сироватці крові. На підставі цього був розроблений вірогідний показник стеатозу, який розраховують за формулою:

$$ВПС = (3X + Гл) \times ТГ \times R,$$

де ВПС – вірогідний показник стеатозу; 3X – вміст загального холестерину в сироватці крові, ммоль/л; Гл – вміст глюкози в сироватці крові, ммоль/л; ТГ – вміст тригліцеридів у сироватці крові, ммоль/л; R – поправочний коефіцієнт, що для чоловіків вагою до 80 кг дорівнює 1, для чоловіків вагою 80 кг та більше дорівнює 2; для жінок вагою до 100 кг дорівнює 2, для жінок вагою 100 кг та більше дорівнює 3, і якщо $ВПС \leq 11$, діагностують відсутність стеатозу (S_0), при $11 < ВПС \leq 22$ – м'який стеатоз (S_1), при $ВПС > 22$ – помірний або тяжкий стеатоз за шкалою METAVIR [14].

Висновки. Вміст 3X, ТГ, Гл у сироватці крові знаходиться в прямій залежності від ступеня стеатозу печінки, що дає підстави використовувати ці показники як додаткові критерії діагностики вищевказаних змін у хворих на ХГС.

Література

1. Срахі А. Клинические рекомендации EALS: ведение больных с инфекцией, вызванной вирусом гепатита С / BEST CLINICAL PRACTICE РУССКОЕ ИЗДАНИЕ. – 2011. – Вып. 5. – С. 13–37.
2. Федорченко С.В. Хроническая HCV-инфекция: монография. – К.: ВСИ «Медицина, 2010. – 272 с.
3. Стеатоз печени и инсулинорезистентность при хроническом гепатите С / Д.Т. Абдурахманов, С.М. Абдуллаев, Э.З. Бурневич // Гепатологический форум. – 2007. – № 3. – С. 21–25.
4. Effect of treatment with peginterferon or interferon alfa-2b and ribavirin on steatosis in patients infected with hepatitis C / T. Poynard, V. Ratziu, J. McHutchison et al. // Hepatology. – 2003. – Vol. 38. – P. 75–85.
5. Сюткин В.Е. Современные представления о фиброзе печени // Гепатологический форум. – 2007. – № 2. – С. 3–7.
6. Болезни печени и желчевыводящих путей. – Изд. 2-е, испр. и доп. / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Медицина, 2005. – С. 205–261.
7. Буеверов А.О., Воликовский Л.Я., Тесаева Е.В. Эластография – новый метод неинвазивной диагностики фиброза печени // Гепатологический форум. – 2007. – №2 – С. 14–18.
8. Северов М.В. Цирроз печени в исходе неалкогольной жировой болезни печени // Гепатологический форум. – 2006. – №3. – С. 11–12.
9. Garcia-Monzon C. A wider view of diagnostic criteria of nonalcoholic steatohepatitis // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2003. – Vol. 18. – P. 1332–1344.
10. Ушеніна Л.О., Рябоконь О.В. Взаємозв'язок ступеня фіброзу та виразності стеатозу печінки з показниками НОМА IR у хворих на хронічний гепатит С // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Хвороби печінки в клінічній практиці» (26–27 березня 2009 року, Харків). – Харків, 2009. – С. 169–170.
11. Wasuraki H. // A transgenic model of visceral obesity and the metabolic syndrome // Science. – 2001. – Vol. 294. – P. 2166–2170.
12. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Прак-

тич. рук.: Пер. с англ. / Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 864 с.

13. Iino S., Koike M. Hepatitis virus and malignant lymphoma // *Nippon. Rinsho.* – 2000. – Vol. 58. – P. 107–111.

14. Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C / D.B. Strader, T. Wright, D.L. Thomas, L.B. Seeff // *Hepatology.* – 2004. – Vol. 39. – P. 1147–1171.

**КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ТА СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЛ/СНІДу
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СУМІЖНИХ
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

Козько В.М., Граділь Г.І., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Юрко К.В.

Епідемічний характер поширення ВІЛ/СНІДу в Україні, незважаючи на значні зусилля вітчизняної та міжнародної медичної спільноти щодо його протидії, залишається суттєвою загрозою в сфері національної безпеки та негативно відображається на демографічній ситуації країни. За результатами дослідження, проведеного Міністерством охорони здоров'я України спільно зі Світовим банком (за фінансової підтримки Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та за технічної допомоги ЮНЕЙДС), точна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні невідома. Згідно з оперативною інформацією ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2014 року в Україні зареєстровано 1516 нових випадків ВІЛ-інфекції та 874 – СНІДу, померло від СНІДу 386 громадян. Таким чином, на цей період в Україні проживало 264657 ВІЛ-інфікованих осіб, серед яких діагноз СНІДу було встановлено в 75714, а померло від цієї недуги 35287 осіб. Та за прогнозами фахівців з вивчення ВІЛ/СНІДу фактична кількість хворих та інфікованих може бути вдвічі більшою за дані, які наводить офіційна статистика [1, 2, 6].

Вивчення студентами на додипломному етапі навчання ключових питань з проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу на кафедрах ХНМУ закономірно продовжується під час підготовки лікарів-інтернів на післядипломному етапі. Зазначені в частині актуальності масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні визначають й до того високу ймовірність професійного контакту з ВІЛ-інфікованим або хворим на СНІД лікарів загальної практики, медицини невідкладних станів, хірургів, невропатологів, гінекологів, дерматовенерологів та будь-якої іншої спеціальності.

Незважаючи на діагностичну значущість та інформативність значної кількості лабораторних, інструментальних, морфологічних, імунологічних та ін. діагностичних критеріїв виявлення відповідних клінічних проявів, характерних для ВІЛ/СНІДу, і дотепер залишається основним відправним моментом для призначення специфічного дослідження зразка крові пацієнта на ВІЛ-інфекцію й подальшої верифікації діагнозу, призначення специфічної терапії.

Первинне обстеження пацієнта передбачає підтвердження клінічного

діагнозу ВІЛ-інфекції з визначенням її клінічної стадії, виявлення опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань (ВІЛ-індикаторних інфекцій, пухлин та станів, асоційованих з ВІЛ/СНІДом), оцінку ризику або вірогідності розвитку останніх з подальшим визначенням необхідності та характеру терапевтичних заходів, виявлення у хворого показань до призначення антиретровірусної терапії (АРТ) та сприяння соціально-психологічній адаптації у зв'язку з визначенням ВІЛ-позитивного статусу пацієнта.

Кожен ВІЛ-інфікований пацієнт або вперше виявлений ВІЛ-інфікований має бути обстежений первинно із застосуванням загальноприйнятих рутинних методів: шляхом опитування скарг і збору анамнезу (хвороби, життя, епідеміологічного анамнезу, застосування лікарських засобів; соціального анамнезу, з особливою увагою до скринінгу на депресію та побутове насильство), об'єктивного фізикального обстеження, лабораторного, інструментального обстеження. Виникає необхідність залучення та консультацій вузьких спеціалістів, найчастіше фтизіатрів, гінекологів, офтальмологів, дерматологів, невропатологів, психіатрів, наркологів, онкологів, урологів, хірургів, гістологів та інших [5].

Значно сприяють клінічній діагностиці, особливо при первинному виявленні ВІЛ-інфекції/СНІДу, знання клінічного перебігу та стадій захворювання (ВООЗ, 2010) [4].

Для первинної діагностики СНІДу (на етапі первинного звернення до лікаря) залишаються актуальними методи клінічної діагностики, у тому числі й так звані «критерії Бангі», рекомендовані ВООЗ [3]. Великі ознаки – втрата маси тіла більше 10% від початкової, хронічна діарея протягом більше ніж 1 місяця, тривала гарячка (постійна або інтермітуюча) протягом більше ніж 1 місяця. Малі ознаки – стійкий кашель більше ніж 1 місяць, генералізований сверблячий дерматит, герпес зостер в анамнезі, ротоглотковий кандидоз, хронічна прогресуюча або дисемінована герпетична інфекція (простий герпес), генералізована лімфаденопатія. За наявності двох великих та однієї малої з наведених ознак можна клінічно припустити у хворого діагноз СНІДу.

АРТ є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією [5]. АРТ пригнічує реплікацію ВІЛ, сприяє відновленню функції імунної системи, а отже, подовженню та підвищенню якості життя ВІЛ-інфікованих, попереджує розвиток СНІД-асоційованих захворювань та передавання ВІЛ. Економічною складовою АРТ є зменшення витрат на лікування опортуністичних інфекцій, стаціонарне лікування та догляд за важкохворими. Епідеміологічною складовою ефективною АРТ вважається досягнення максимального пригнічення реплікації ВІЛ в організмі ВІЛ-інфікованого та зменшення при цьому ризику передачі ВІЛ. Таким чином, забезпечення універсального доступу до АРТ для усіх ВІЛ-інфікованих, хто її потребує, є одним з вирішальних чинників зменшення поширення ВІЛ-інфекції, найважливішою складовою ефективною

профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Медичний супровід ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, початок та проведення АРТ здійснюють відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків [5].

Зважаючи на те, що за ВІЛ-інфекції/СНІДу майже всі системи та органи інфікованого з часом зазнають впливу безпосередньо вірусу або збудників опортуністичних інфекцій, патологічний процес може розвинути у будь-якому органі та системі, а отже, хворий вперше може потрапити в поле зору лікаря будь-якої спеціальності. Це диктує необхідність вільно та у повній мірі володіти знаннями щодо особливостей органно-системних проявів ВІЛ/СНІДу як лікарям загальної практики, так і, звісно, лікарям певного вузького профілю, які, в залежності від проявів ВІЛ/СНІДу у конкретного пацієнта, першими можуть стикатися з цією категорією хворих.

Важливим та дієвим інструментом підвищення якості підготовки лікарів-інтернів суміжних спеціальностей з питань клінічної діагностики та специфічної терапії ВІЛ/СНІДу може стати поглиблення міжпредметного інтегрування кафедр, на яких вивчаються питання ВІЛ/СНІДу, а також удосконалення підходів, методів і методики викладання, наприклад, у формі диспутів, інтерактивних конференцій, тренінгів, клініко-патоморфологічних конференцій, тощо.

Для первинного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції/СНІДу або виникнення підозри на наявність цього захворювання та прийняття рішення щодо призначення таким пацієнтам АРТ основною залишається клінічна діагностика. Тому знання лікарями-інтернами суміжних спеціальностей ключових клінічних проявів, стадій ВІЛ/СНІДу є запорукою ранньої та своєчасної діагностики, що сприятиме подоланню епідемічного поширення інфекції та мінімізації її негативних наслідків.

Література:

1. www.dovidnyk.org
2. Актуальні питання діагностики, лікування та профілактики ВІЛ/СНІДу: монографія / В.М. Козько, А.В. Бондаренко, К.В. Юрко. – Харків: Раритети України, 2012. – 208 с.
3. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3 т. – К.: Здоров'я, 2001. – Т 2. – 696 с.
4. Інфекційні хвороби: підручник / За ред. О.А Голубовської. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 728 с.
5. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 № 551 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків".
6. Профілактика ВІЛ-інфікування на робочому місці медичного працівника // СНІД Фонд Схід-Захід, 2011. – 35 с.

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ТА АНАЛІТИЧНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ЇХНЬОЇ ПІДГОТОВКИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ТЕРАПІЯ»

Постановка проблеми

Основними завданнями, які стоять перед кафедрою внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології, є підвищення якості підготовки інтернів-терапевтів та здатності до самостійної лікарської діяльності в контексті Болонського процесу.

Аналіз матеріалів публікацій, на які посилаються автори

Публікація матеріалів цієї роботи здійснена на основі методично-учбових конференцій, збірників наукових праць та матеріалів наукових праць.

Формулювання цілей та постановка завдання

Основні завдання при навчанні в інтернатурі – це здобуття знань, професійних умінь та навичок за кваліфікацією лікаря спеціаліста-терапевта за фахом „внутрішні хвороби”.

На кафедрі розроблені робочі програми з навчання в інтернатурі відповідно до праці лікарів-інтернів на базі 27-ї клінічної лікарні з відділеннями терапії, кардіології, неврології з кабінетами гастроентерології, функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком реанімації, алергологічного відділення з лабораторією з тестуванням алергенів та проведення алергологічних проб, поліклінічного відділення з обслуговування хворих Київського району м. Харкова.

Виклад основного матеріалу

Підготовка кваліфікованих фахівців лікарів-інтернів з терапії вимагає їх всебічної обізнаності з питань сучасної науки та практики. Останніми роками спектр можливостей ефективного навчання значно розширився, зокрема за рахунок упровадження в навчання програмованих сайтів у мережі «Internet». При цьому ресурси останнього не обмежуються новітньою інформацією у вигляді статей, матеріалів конференцій і навчально-методичної допомоги, а характеризуються існуванням широкого доступу до інтерактивних сайтів, де за допомогою віртуальних образів діагностичних систем обіграються різні клінічні ситуації на основі інноваційного підходу: методу «внутрішньої гри» в навчальному процесі [1–3].

Інтерни обов'язково одержують завдання з написання рефератів на підставі наукових досягнень у терапії, які вони застосовують як при клінічних розборах, так і при їх доповідях на науково-практичних конференціях.

Актуальними є оволодіння лікарями навичок з автоматизованого моніторингу, наприклад, терапевтичних заходів і невідкладних станів, що є банком даних з діагностики і засобів лікування, а також проведення невідкладних заходів. Можливе дистанційне навчання й тестування в режимі ONLINE з отриманням сертифікату та кредиту Акредитаційної Ради безперервної медичної освіти [4,5,6].

Використання сучасних навчальних програм сприяє розширенню кругозору й навичок сучасного лікаря-інтерна терапевтичного профілю. На цей час на кафедрі накопичений певний досвід навчання лікаря-інтерна як тра-

диційно виходячи з трьох складових – лекцій, семінарських і практичних занять в аудиторії, так і на підставі оволодіння навичками й уміннями в лікувальній роботі в клініці внутрішніх хвороб під керівництвом викладачів. Останній аспект особливо важливий, оскільки він сприяє закріпленню в ході занять знань й оволодінню сучасними методами лікування в рамках доказової медицини [7–9].

Кінцева мета освіти – формування клінічного мислення, що дозволяє лікареві-інтерну самостійно ухвалювати інколи складні діагностичні й терапевтичні рішення. Із цих позицій навчання лікаря - інтерна повинне відбуватися, починаючи з клінічних розборів хворих із складною терапевтичною патологією, супутніми захворюваннями й ускладненнями основного захворювання. Для цього застосовується так званий метод «внутрішньої гри». У навчанні цього методу основна увага спрямована на інтерна, на його індивідуальні здібності, бажання застосовувати знання у своїй майбутній лікарській практиці. У традиційних методах навчання основний акцент спрямований на навчальний матеріал. При цьому навчання було б ефективнішим, коли б педагог навчав тому матеріалу, який за системою позитивних або негативних зворотних зв'язків надходив від інтерна, не займаючись його натаскуванням. У цьому випадку педагог не посередник у передачі знань, а творець «власного простору», де виявляються різні здібності, бажання, потреби й потенційні можливості його учнів – інтернів терапевтичного профілю. При цьому підході педагог уподібнюється тренерові, який тренує учнів, безпосередньо не беручи участі в ігровій дії. Його роль – спонукати інтерес до гри пізнання й оволодіння знаннями з урахуванням глибини розуміння та широти тлумачення цих знань. Це повчальна гра, як і всі ігри, вона має свої правила, обмеження і свободи, позитивні і негативні рішення і, перш за все, має свій напрям і мету.

Наведемо приклад проведеного клінічного розбору на кафедрі внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології.

Так, щонеділі кожен лікар-інтерн готує інформацію про хворих, яких керує в клініці або в період його чергування, що представляє інтерес з погляду самого лікаря-інтерна щодо клінічного випадку, який вимагає ретельного аналізу й обговорення. Перед колегами й викладачами лікар-інтерн намагається висловлювати інформацію лаконічно, використовуючи правильну термінологію, відповідаючи на питання викладача й інших лікарів-інтернів, присутніх на даному розборі. При підготовці до уявлення складного клінічного випадку, обраного самим лікарем-інтерном або рекомендованим викладачем, до якого він ретельно готується, працюючи над літературою, що стосуються кола питань з етіології та патогенезу захворювання, ускладнень і супутньої патології, лікування й профілактики.

Після обґрунтування діагнозу основного захворювання, ускладнень і супутніх захворювань з їх точним формулюванням ним виробляється терапевтична тактика лікування з аналізом сполучуваності тих або інших лікарських засобів і обліком ефективності пропонованої фармакотерапії.

Викладач заохочує інтерна, відзначаючи, як поступово, з кожним його рішенням удосконалюється аналіз лікарем-інтерном конкретного лікування хворого, але одночасно може робити зауваження в разі неправильних думок, наприклад, відносно прогнозу захворювання, виникнення побічних дій до деяких препаратів у вибраній ним схемі лікування з метою уникнення поліпрагмазії.

У цьому освітньому підході самим лікарем-інтерном отримуються професійні знання, особливо, коли викладач підкреслює та робить акценти на те, який був важливий розбір даного випадку захворювання, тим самим мотивуючи в слухачів інтерес до даного й до подальших розборів хворих у клініці внутрішніх хвороб.

Висновок і перспективи удосконалення навчання інтернів-терапевтів

Усе перераховане, а також правильні питання, що ставляться, розкута психологічна обстановка даного розбору сприяє формуванню клінічного мислення й умінню публічно представляти свої професійні знання. Цьому процесу професійного навчання сприяє й дистанційний метод навчання з інтерактивних повчальних сайтів мережі «Internet», які у цілому сприяють підвищенню якості навчання лікарів-інтернів за фахом «Терапія».

Література

1. Богоявленская Д.Б., Сукоколова И.А. К вопросу о дивергентном мышлении // Психологическая наука и образование – 2006 - № 1 – С. 85–95

2. Видоборець С.В., Літвинчук В.В., Дарій В.С. Передумова до формування адекватної мотивації щодо забезпечення якості викладання в системі установ післядипломної медицини // Сборник научных трудов «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики». – Запоріжжя, 2007. – вип. XVIII. – с. 64–70.

3. Витренко Т.Г., Манойло И.С. Педагогический тренинг: учебное пособие // Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина – 2006 – 128 с.

4. Грищенко О.В., Бобрицкая В.В., Ромаева В.П. Повышение контроля эффективности преподавания в системе последипломного образования // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80 річниці ХМАПО – Харків, 2003. – С. 85.

5. Дервянко Л.І., Васильєва Л.А., Півньова Н.В. Вимоги сьогодення до проблеми післядипломної освіти// Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80 річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 99–100.

6. Лапшина Л.А., Шушляпін О.І., Кожин М.І. та інші. Сучасний погляд на удосконалення післядипломної освіти лікарів-інтернів терапевтичного профілю Матеріали XXXIX навчально-методичної конференції „Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті”. – Харків. – 2012. – С. 49–51.

7. Лесовой В.Н., Романовский А.Г., Шушляпин О.И. Инновационный подход: метод «внутренней игры» в образовательном процессе. „Проблемы и перспективы формирования национальной гуманитарно-технической элиты” // Сборник научных работ. – 2006. – выпуск 11 (15). – С. 12–20.

8. Резніченко Г.І., Резніченко Ю.Г., Кошля В.І., Пащенко С.М., Белай І.М.

Самостійна робота інтернів на клінічних кафедрах з точки зору Болонської Угоди // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики // Збірник наукових статей. – Запоріжжя: ЗДМУ. – 2007. – вип. XVIII. – С. 234–236.

9. Шушляпин О.И., Бабаджан В.Д. и др. Болонский процесс: медицинское образование в контексте творческих педагого-психологических подходов // Журнал „Мистецтво лікування”. – 2012. – № 6. – С.16–20.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Кожин М.І., Ломакіна О.В.,
Бабаджан В.Д., Шумова Н.В., Шушляпін О.І.*

Основними завданнями, які стоять перед кафедрою внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології, є підвищення якості підготовки інтернів-терапевтів і здатність до самостійної лікарської діяльності в подальшому.

Аналіз матеріалів публікацій, на які посилаються автори

Публікація матеріалів цієї роботи здійснена на основі методично-учбових конференцій, збірників та матеріалів наукових праць.

Формулювання цілей та постановка завдання

Основними завданнями при навчанні в інтернатурі є здобуття знань, професійних умінь та навичок за кваліфікацією лікаря спеціаліста-терапевта за фахом „внутрішні хвороби”. Для цього необхідно розробити робочі програми в наближенні до праці лікарів-інтернів на базі 27-ї клінічної лікарні з відділеннями терапії з кабінетом гастроентерології, кардіології з кабінетом функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком реанімації, алергологічного відділення з лабораторією з тестуванням алергенів та проведення алергологічних проб, поліклінічного відділення з обслуговування хворих Київського району м. Харкова.

Виклад основного матеріалу

Як основний напрям реформування терапевтичної допомоги населенню України стало вирішення конкретних завдань – створення навчальних планів і програм підготовки лікарів-інтернів терапевтів на різних етапах навчання – медичний університет – інтернатура – післядипломна підготовка. Кожен з цих етапів вимагає диференційованого підходу й має свої особливості [1].

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології в перебігу останніх 8-ми років з дня її реорганізації (2003 р.) бере участь у підготовці лікарів терапевтів, магістрів, кандидатів і докторів медичних наук. На базі 27-ї клінічної лікарні також здійснюється післядипломна практика лікарів-інтернів терапевтів.

За цей час на кафедрі накопичений певний досвід вирішення методичних і психолого-педагогічних проблем, які виникають з лікарями-інтернами й вимагають свого практичного втілення. Найбільш важливим й одночасно складним питанням є психолого-педагогічна мотивація навчання, яка передбачає знання терапії, формування умінь і засвоєння практичних навичок з та-

ких її розділів, як: кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, алергологія, ревматологія і невідкладна терапевтична допомога [5].

Курс терапії є одним з провідних розділів медицини й при навчанні в очній інтернатурі складається з трьох напрямів: теоретичного курсу, засвоєння навичок і умінь, контролю теоретичних знань, а також практичних навичок й умінь [2].

До теоретичного курсу входить аудиторна і позааудиторна робота. Курс лекцій складається з оглядових лекцій окремих нозологічних форм терапевтичної патології, які проводяться в мультимедійному варіанті і їх текст перекладається на DVD-носії, що дає можливість лікарям-інтернам прослухувати їх як при аудиторному засвоєнні, так і працювати з лекційним матеріалом у слухний для інтернів час. Позааудиторна робота включає самостійне вивчення матеріалу з усіх розділів клініки внутрішніх хвороб і їх конспектування у формі рефератів, особлива увага при цьому приділяється клінічній фармакології та клініці невідкладних станів.

До практичного курсу, окрім загальної роботи з медичною документацією, входить оволодіння терапевтичними невідкладними маніпуляціями спочатку на манекенах з подальшим їх виконанням під контролем викладача. Двічі на місяць лікарі-інтерни беруть участь у чергуваннях як помічники лікаря.

Одним із найважливіших чинників теоретичної та практичної підготовки інтернів є рецензування історій хвороби пацієнтів з невідкладними терапевтичними станами з подальшим розбором помилок на семінарських заняттях [3].

Контроль знань проводиться як спочатку циклу навчання інтернів (базовий рівень знань), так і після закінчення циклу (кінцевий рівень знань) методом комп'ютерного тестування. Окрім цього, контроль знань і окремих практичних навичок проводиться на семінарських і практичних заняттях відповідно до їх розкладу [4].

Заключний контроль знань підготовки лікарів – інтернів терапевтичного профілю з усіх розділів терапії здійснюється на таких етапах:

- комп'ютерне тестування, яке включає до 40% питань, що стосуються невідкладних терапевтичних станів;

- виконання практичних навичок (обстеження хворого, установлення діагнозу й проведення диференційного діагнозу, а також демонстрація умінь виконання найбільш поширених невідкладних терапевтичних заходів і лікувальних маніпуляцій);

- демонстрація інтернами теоретичних знань, які включають три питання, одним з яких є надання допомоги при невідкладних терапевтичних станах;

- з'ясування питань самостійної підготовки студентів за розв'язанням тестових завдань «Крок-3» на іспитах лікарів - інтернів.

Усе вищезазначене дозволяє об'єктивно оцінювати рівень підготовки й здібностей кожного лікаря-інтерна терапевта та дати рекомендації щодо подальшої їх роботи в практичній охороні здоров'я.

Література

1. Балашов Г.В., Овчаренко В.І. Про проведення практичних занять та набуття практичних навичок та вмінь лікарями-інтернами на кафедрах інститутів // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків, 2003. – С. 21–22.

2. Бобров В.О., Жарінов О.Й., Давидова І.В., Шликова Н.О., Мимренко С.М., Зайцева В.І., Долженко М.Д., Потапов С.В. Впровадження різноманітних варіантів навчання на передатестатційних циклах за фахом „Терапія” // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 36–37.

3. Букін В.Е., Ковальова О.В., Потапов С.О., Курочкін Б.М., Гольдовський Б.М. Методика післядипломної підготовки лікарів-інтернів з медицини невідкладних станів // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 43–44.

4. Василенко А.М., Кузьміна Г.П., Фесенко В.І., Швець С.В. Психологічні аспекти підготовки лікарів-інтернів за спеціалізацією „Терапія” // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 45.

5. Сырцов В.К., Иванова И.Н., Родикин С.В., Евтушенко В.М., Федосеева О.С. Педагогические и психологические аспекты медицинского обучения при внедрении информационных технологий // Сборник научных трудов «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики». – Запоріжжя. – 2007. – вип.ХVІІІ. – С. 232–234.

ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ТА МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-ТЕРАПЕВТІВ

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Титова Г.Ю.,
Шушляпін О.І., Добровольська І.М., Ковальова Ю.О.*

Постановка проблеми

Основними завданнями, які стоять перед кафедрою внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології, є підвищення якості підготовки інтернів-терапевтів та здатності до самостійної лікарської діяльності в контексті Болонського процесу.

Аналіз матеріалів публікацій, на які посилаються автори

Публікація матеріалів цієї роботи здійснена на основі методично-учбових конференцій, збірників наукових праць та матеріалів наукових форумів.

Формулювання цілей та постановка завдання

Основними завданнями при навчанні в інтернатурі є набуття знань, професійних умінь та навичок за кваліфікацією лікаря спеціаліста-терапевта за фахом „внутрішні хвороби”.

Основним завданням є розробка робочих програм інтернатури в наближенні до праці лікарів-інтернів на базі 27-ї клінічної лікарні з відділеннями терапії з кабінетом гастроентерології, кардіології з кабінетом функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком реанімації, алергологічного

відділення з лабораторією з тестування алергенів та проведення алергологічних проб, поліклінічного відділення з обслуговування хворих Київського району м. Харкова.

Виклад основного матеріалу

На етапі спеціалізації лікарів-інтернів терапевтичного профілю важливе значення набуває покращення та удосконалення практичної підготовки, удосконалення нових знань та умінь. Для цього насамперед є важливим урізноманітнення методів та засобів навчання при проведенні практичних занять з інтернами-терапевтами.

Не менш важливе значення має процес удосконалення методичного забезпечення спеціалізації лікарів-інтернів. При проведенні практичних занять поєднуються різні форми навчання, зокрема, опитування за конкретними питаннями з перевіркою вихідного та кінцевого рівня знань шляхом тестового та комп'ютерного контролю, розв'язування ситуаційних завдань, проведення клінічних та тематичних обходів, клінічний аналіз історій хвороб у динаміці захворювання хворого [1–3].

Важливо створити послідовний ланцюг заходів з діагностики та надання хворому невідкладної допомоги в критичному стані в палаті реанімації.

Комплексний підхід, зміна форм навчальних ситуацій та методів викладання сприяють формуванню чіткого ритму поведінки лікаря та його сприйняття при виникненні невідкладних станів. Такий підхід дає можливість інтерну-терапевту орієнтуватися в нестандартних ситуаціях, приймати правильне діагностичне та лікувально-тактичне рішення й надавати кваліфіковану медичну допомогу на сучасному рівні медичної науки та практики [4–6].

При викладанні лекційного матеріалу інтернам-терапевтам приділяється увага не лише змісту лекцій, а й використанню нових технологій: мультимедійних проекторів, муляжів, демонстрації приладів з проведення дефібриляції, стимуляції серцевого ритму та інших засобів.

Модернізація лекційного викладання клінічного матеріалу для підвищення ступеня засвоєння його лікарями-інтернами потребує використання сучасних інформаційних методичних та педагогічних технологій. На сучасному етапі перевага надається проблемним і комплексним лекціям, демонстрації матеріалу за допомогою компакт-дисків і відеофільмів [7–9].

Використання такої методики проведення лекцій дає змогу покращити засвоєння матеріалу й сприяє його ефективному запам'ятовуванню.

Важливе місце в підготовці лікарів-інтернів приділяється читанню лекцій професорами П.Г.Кравчуном, О.М. Шелестом, В.Д. Бабаджаном, Л.А. Лапиною, доцентами кафедри. Лікарі-інтерни беруть активну участь у клінічних та клініко-анатомічних конференціях. Важливим у навчанні інтернів є самостійна робота: читання періодичної літератури з терапії та виступи з інформацією з нових досягнень у медицині, зокрема про нові можливості у фармакотерапії, інструментальної діагностики.

Успішна підготовка до ліцензійного іспиту „Крок 3” – є свідомством того, що наші інтерни з року в рік успішно складають цей іспит. Запорукою успіху є те, що викладачі розвивають в інтернів клінічне мислення, мотивацію не-

обхідності оволодіння практичними навичками, умінням формулювати повний заключний клінічний діагноз: основний, ускладнення, супутню патологію.

Лікарі-інтерни беруть активну участь у проведенні клінічних розборів. Готують до обговорення історії хвороби в аудиторії зі співробітниками кафедри й це дає підґрунття до розвитку клінічного мислення, спонукає їх до проведення диференційного діагнозу із застосуванням сучасної комплексної терапії на основі основного діагнозу, ускладнень та супутньої патології.

Клінічна імунологія та алергологія на завершальному етапі навчання в медичному вузі відіграє інтегральну роль у мобілізації теоретичних знань для практичної їх реалізації в діагностичному та лікувальному процесі. При викладанні клінічної імунології та алергології викладачі кафедри звертають особливу увагу на поєднання процесів нагромадження теоретичних знань та вміння їх реалізації в практичній діяльності. Формування професіонального вміння реалізується через оволодіння практичними навичками, курацію тематичних хворих, проведення диференційної діагностики, при тестовому контролі та аналізу історій хвороб, карт імунологічного спостереження, імунограм, розв'язування ситуаційних задач.

Знання внутрішньої медицини має велике значення в системі підготовки майбутнього лікаря в стінах нашого університету, яке має свої особливості й специфіку для інтернів. Вивчення для них внутрішньої медицини, імунології та алергології, у першу чергу, формує в них особливий характер клінічного мислення з оволодінням навичок і умінь у ліжка хворих, постановки вірного діагнозу й призначення лікування хворим, яке відбувається на базі кафедри - Харківської 27-ї клінічної лікарні.

Висновок і перспективи удосконалення навчання лікарів-інтернів.

Ми вважаємо, що безперервний процес удосконалення знань та умінь лікаря-інтерна при правильній комплексній діагностиці та при застосуванні сучасної комплексної терапії в рамках доказової медицини забезпечить якісну підготовку фахівців у майбутньому й у такий спосіб у змозі відтворюватися в нових поколіннях інтернів-терапевтів.

Особливості навчання в інтернатурі – необхідність постійного відновлення різноманітних форм та методів вищої освіти в Україні, що дозволило б максимально наблизити підготовку інтернів-терапевтів до міжнародних стандартів.

Література

1. Балашов Г.В., Овчаренко В.І. Про проведення практичних занять та придбання практичних навичок та умінь лікарями-інтернами на кафедрах інститутів // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 21–22.

2. Бобров В.О., Жарінов О.Й., Давидова І.В., Шликова Н.О., Мимренко С.М., Зайцева В.І., Долженко М.Д., Потапов С.В. Впровадження різноманітних варіантів навчання на передатестатційних циклах за фахом „Терапія” // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 36–37.

3. Букін В.Е., Ковальова О.В., Потапов С.О., Курочкін Б.М., Гольдовський Б.М. Методика післядипломної підготовки лікарів-інтернів з медицини

невідкладних станів // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 43–44.

4. Василенко А.М., Кузьміна Г.П., Фесенко В.І., Швець С.В. Психологічні аспекти підготовки лікарів-інтернів за спеціалізацією „Терапія” // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 45.

5. Проблемно-орієнтована дискусія у підготовці лікарів-інтернів до ліцензійного іспиту „Крок 3” / О.М. Клігуненко, Д.М. Станін та ін.// Науково-методична конференція з міжнародною участю. Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів. – К., 2007. – С. 590–591.

6. Кравчун П.Г., Лесовой В.Н., Шушляпин О.И. Образовательно-воспитательная работа со студентами на кафедре госпитальной терапии: содержание и формы // Журнал «Медицина: сегодня и завтра». – 2006. – №1. – С. 125–134.

7. Сырцов В.К., Иванова И.Н., Родикин С.В., Евтушенко В.М., Федосеева О.С. Педагогические и психологические аспекты медицинского обучения при внедрении информационных технологий // Сборник научных трудов «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики». – Запоріжжя, 2007. – Вип. XVIII. – С. 232–234.

8. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О. Методичні підходи до викладання клінічної імунології студентам медичного факультету // Проблеми медичної та фармацевтичної освіти і шляхи підвищення якості підготовки лікарів і фармацевтів в Україні: матеріали науково-методичної конференції. – Харків. – 2003. – С. 95.

9. Шушляпин О.И., Шелест А.Н., Кожин О.И., Добровольская И.Н., Борзова Е.Ю. Стилевые особенности саморегуляции познавательной активности врачей-интернов на этапе стартового профессионального образования // Научный журнал „Право і безпека”. – Харків. – 2010. – № 3 (35). – С. 240–243.

ПОЄДНАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Борзова О.Ю., Шумова Н.В.,
Ломакіна О.В., Риндіна Н.Г., Шушляпин О.І.*

Постановка проблеми

Підвищення якості медичної допомоги населенню – основне завдання, що стоїть перед медичною наукою і практичною охороною здоров'я. Інтернатура – це перший етап післядипломного навчання лікаря, метою якого є формування у лікарів-інтернів професійних компетенцій фахівця для самостійної практичної діяльності.

Аналіз матеріалів публікацій, на які посилаються автори

Публікація матеріалів роботи здійснена на основі матеріалів методично-учбових конференцій та наукових праць.

Формулювання цілей та постановка завдання

Підвищення якості підготовки лікарів-інтернів терапевтичного профілю з використанням поєднання сучасних педагогічних, інформаційних та телекомунікаційних технологій і традиційних методів навчання.

Виклад основного матеріалу.

Кадрове забезпечення охорони здоров'я є стратегічною складовою реформування медичної допомоги населенню України. Однією з умов для стабільного функціонування галузі є достатнє забезпечення кваліфікованими кадрами, які б мали рівень підготовки, що відповідає сучасному періоду розвитку суспільства та базується на принципах доказової медицини.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 1074 від 03.12.2010 «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів» клінічні кафедри розміщуються на базах провідних закладів охорони здоров'я, де навчання проводиться в умовах майбутньої професійної діяльності [1].

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології і алергології протягом багатьох років бере участь у підготовці лікарів-інтернів терапевтичного профілю. Базою кафедри є Харківська міська клінічна лікарня № 27, яка входить до переліку баз стажування лікарів-інтернів, що визначені й затверджені наказом Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації [2]. До складу ХМКЛ № 27 входять відділення терапії з кабінетом гастроентерології, кардіології з кабінетом функціональної діагностики, гострого інфаркту міокарда, інтенсивної терапії, алергологічне відділення з лабораторією з тестуванням алергенів та проведення алергологічних проб і поліклінічне відділення з обслуговування населення Київського району м. Харкова. Така різнонаправленість роботи лікувального закладу надає можливість навчання лікарів-інтернів за досить широким спектром терапевтичних дисциплін.

На кафедрі накопичений певний досвід вирішення методичних і психолого-педагогічних проблем, що виникають при навчанні лікарів-інтернів і які вимагають свого практичного втілення. Найбільш важливим і одночасно складним питанням є психолого-педагогічна мотивація навчання, яка передбачає знання терапії, формування умінь й освоєння практичних навичків з основних розділів терапії [3].

Слід зазначити, що організація практичної підготовки лікарів-інтернів вимагає особливої уваги, оскільки випускники вищих навчальних закладів, маючи достатню теоретичну основу, відчують дефіцит практичних навичок лікарської діяльності [4].

З метою розширення теоретичних знань та практичних навичків лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології і алергології використовуються різні форми навчання: лекції, семінари, практичні заняття, участь у реферативних та клініко-анатомічних конференціях, обходах професорів, самостійна робота над монографічною та періодичною літературою, підготовка та виступи з інформацією про нові лікарські препарати, нові інструментальні та функціональні методи обстеження.

Сучасна підготовка фахівців передбачає обов'язкове використання інформаційних та телекомунікаційних технологій. [5]. Використання Інтернету забезпечує вільний доступ до інформаційних ресурсів, баз даних різних навчальних дисциплін і довідників. У роботі з лікарями-інтернами на кафедрі використовуються мультимедійні та інтерактивні засоби навчання, що дозволяє використовувати в освітньому процесі сучасні комп'ютерні технології (електронні підручники, книги, атласи, презентації, фільми, тести та ін.).

Останнім часом у процесі навчання лікарів-інтернів на кафедрі знайшли широке застосування інноваційні освітні технології такі, як: ділові ігри, кейсове, проектне, модульне, інтерактивне навчання, що спираються не тільки на пам'ять і увагу, а й на творче, продуктивне мислення, поведінку і спілкування. У процесі таких занять лікарі-інтерни вчаться спілкуватися, взаємодіяти, критично мислити, вирішувати складні проблеми на основі аналізу конкретних ситуацій.

Важливе значення у формуванні лікарського мислення у лікарів-інтернів має їх участь у проведенні клінічних розборів. Підготовка до клінічного розбору вимагає від лікаря-інтерна ознайомлення з сучасною літературою, вміння міркувати і робити висновки і в той же час психологічно готуватися до обговорення у великій аудиторії. Це стимулює і активізує, інтернів, мотивує їх до активної участі в лікувально-діагностичному процесі.

Метою будь-якої освіти є розкриття творчого потенціалу та можливостей самореалізації кожної особистості, створення можливостей для реалізації потенціалу особистості на благо всього суспільства [6].

Одним із шляхів самореалізації лікарів-інтернів є індивідуалізація навчання: викладач, безпосередньо на прикладі конкретного пацієнта, проходить разом з інтернами всі етапи лікувально-діагностичного процесу, навчаючи їх основам лікарського мислення. Викладач повинен навчити на підставі збору скарг, анамнезу, огляду та аналізу результатів додаткових методів обстеження грамотно обґрунтувати і сформулювати діагноз, скласти план обстеження, провести диференціальну діагностику і призначити лікування. У той час як інтерн повинен навчитися оцінювати тяжкість стану пацієнта, розуміти роль коморбідної патології в особливостях перебігу захворювання у конкретного хворого, виробити подальшу лікарську тактику і зробити правильний вибір терапії.

Велику роль у здійсненні тих завдань по навчанню і вихованню лікаря-інтерна, які ми ставимо перед собою грає сприятлива психологічна атмосфера, існуюча в клініці, доброзичливість до лікарів-інтернів, демонстрована не тільки колективом кафедри, а й усіма співробітниками лікарні. Це стимулює лікарів-інтернів до ведення хворих, більш глибокому аналізу кожної клінічної ситуації і в той же час, підвищуючи їх відповідальність за свою роботу.

Висновок і перспективи удосконалення навчання інтернів-терапевтів

Підготовка лікарів-інтернів повинна базуватися на розумному поєднанні використання сучасних педагогічних, інформаційних та телекомунікацій-

них технологій і традиційних методів навчання, зберігаючи і примножуючи все краще, що було закладено у вітчизняній медичній освіті.

Використовувані технології навчання дозволяють об'єктивно оцінювати рівень підготовки і здібностей кожного лікаря-інтерна терапевта і дати рекомендації щодо подальшої їх роботи в практичній охороні здоров'я.

Безперервний процес удосконалення знань та умінь інтернів-терапевтів в умовах стрімкого прогресу сучасних технологій робить важливими заходи щодо подальшого вдосконалення післядипломної освіти.

Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1074 від 03.12.2010 «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів».

2. Галацан О.В., Мельник І.В. Співробітництво ГУОЗ з ХНМУ по вдосконаленню післядипломної підготовки лікарських кадрів // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у ХНМУ: матеріали XXXIX навчально-методичної конференції, 11–12 квітня 2012 р. – Харків, 2012. – С. 7–9.

3. Бобров В.О., Жарінов О.Й., Давидова І.В., Шликова Н.О., Мимренко С.М., Зайцева В.І., Долженко М.Д., Потапов С.В. Впровадження різноманітних варіантів навчання на предатестаційних циклах за фахом „Терапія” // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків, 2003. – С. 36–37.

4. Нагорная Н.В. Об опыте оптимизации обучения педиатров в интернатуре / Н.В. Нагорная, М.П. Лимаренко, Г.И. Баешко, В.Н. Соколов // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3 (12).

5. Информационные технологии в медицинском вузе как средство оптимизации обучения клиническим дисциплинам / Под ред. А.Н. Талалаенко, А.Ф. Денисенко, Т.П. Борисова и др. // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2007. – Т. 5, № 1. – С. 71–74.

6. Гирін В.М. Новітні технології в організації післядипломного навчання лікарів (із досвіду КМАПО ім. П.Л. Шупика) // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 1 (4). – С. 36–40.

ВИРОБНИЧА ЛІКАРНЯНА ПРАКТИКА НА БАЗІ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ОДИН ІЗ ЕТАПІВ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ

*Криворучко І.А., Колесник В.П., Сивожелізов А.В.,
Тесленко С.М., Кожем'яка К.О.*

Як один з етапів підготовки студентів до інтернатури є проходження студентами IV курсу літньої виробничо-лікарняної практики на базах районних лікарень. Відповідно до навчального плану, затвердженого наказом МОЗ України від 23.07. 2007 р. № 414, проходження лікарської практики передбачено в VIII семестрі, коли студентом набуті відповідні знання з основних клінічних дисциплін: хірургії, внутрішньої медицини, педіатрії та акушерства.

Лікарська виробнича практика студентів IV курсу проводиться в якості помічника лікаря терапевтичного, хірургічного й дитячого відділень та полового будинку.

Поточна навчальна діяльність студентів контролюється керівником-викладачем практики від вищого навчального закладу та керівниками виробничої практики від бази. Підсумковий модульний контроль проводиться в останній день практики після її завершення під керівництвом викладача та керівника виробничої практики від бази.

Виробнича практика студентів IV к. ХНМУ проводиться згідно поданого графіку.

У перший день практики разом з головним лікарем ЦРЛ, завідуючими відділеннями проводиться нарада, на якій студенти IV курсу розподіляються по відділенням, складено й узгоджено графіки чергувань і переходу студентів по відділеннях, призначається староста груп.

Згідно з договором між ХНМУ та УЗО всі студенти зараховуються до штату лікарень на час проходження практики.

У кожному відділенні студенти під наглядом завідуючого відділенням та лікарів спостерігають 5–6 хворих, проводили їх обстеження, вели медичну документацію, виконували лікувальні та діагностичні маніпуляції. Брали участь у підготовці хворих до рентгенологічного обстеження шлунково-кишкового тракту, колоно- та ректороманоскопії. Навчалися знімати та розшифровувати ЕКГ. Навчалися надавати невідкладну допомогу при ургентних ситуаціях.

У дитячому відділенні студенти приймали й проводили обстеження дітей, заповнювали історії хвороб. Навчилися оцінювати результати лабораторних і інструментальних методів обстеження. Брали участь у заборі матеріалу із носоглотки, сечі та фекалій для обстеження. Брали участь та навчилися надавати невідкладну допомогу при невідкладних станах, а саме – при судамах, колапсі, бронхоспазмі, алергічних реакціях.

У терапевтичному відділенні студенти заповнювали історії хвороб, виконували лікувальні, фізіотерапевтичні процедури та лікувальні маніпуляції. Ознайомились з методикою проведення проби Манту та її оцінювання, рентгенологічного обстеження грудної клітки, ЕКГ та ін.

Брали участь та надавали невідкладну допомогу при бронхіальній астмі, діабетичних комах, печінковій недостатності.

У хірургічному відділенні студенти брали участь у якості асистента на ургентних та планових операціях, під наглядом лікаря виконували апендектомію, ампутацію кінцівок, проводили плевральну пункцію та пункцію суглобів, ПХО ран, переливали кров та препарати крові та інше.

У пологовому відділенні збирали акушерсько-гінекологічний анамнез, заповнювали картку вагітних. Брали участь під час пологів та абортів, проводили акушерське обстеження, первинний туалет новонароджених та ін.

Слід відмітити сумлінне ставлення студентів до проходження практики. Головні лікарі висловили подяку студентам за сумлінне ставлення до проходження практики.

Побутові умови студентів на базі задовільні.

Кожен день керівник практики здійснював контроль за проходженням практики студентами, брав участь у ранкових клінічних конференціях та розборі важких хворих. Надавав консультативну допомогу як в стаціонарах, так і амбулаторним хворим.

При такому підході до проходження студентами практики та належному контролю викладачем виконання програми з практики студенти набули та закріпили практичні навички на достатньому рівні, це в майбутньому стане в нагоді при проходженні інтернатури.

Література

1. Глушанко В.С. Соціальне здоров'я і охорона здоров'я: курс лекцій для вітчизняних студентів / В.С. Глушанко. – Вітебськ, 2001. – 359 с.

2. Заборовський Г.І. Порядок виконання та перелік завдань для проходження виробничої практики по соціальному здоров'ю та охороні здоров'я (для студентів лікувального, педіатричного і медико-профілактичного факультетів) / Г.І. Заборовський, Е.М. Тищенко. – Гродно, 2004. – 67с.

3. Лисицін Ю.П. Суспільне здоров'я та охорона здоров'я: підручник / Ю.П. Лисицін. – М.: ГЕОТАР-Мед, 2002. – 520 с.

4. Суспільне здоров'я та охорона здоров'я: організація лікувально-профілактичної допомоги населенню: підручник / Р.А. Часнойт та ін. – Гродно: ГрДМУ, 2009. – 254 с.

5. Юр'єв В.К., Куценко Г.І. Суспільне здоров'я та охорона здоров'я / В.К. Юр'єв, Г.І. Куценко. – СПб., 2000. – 914 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Кузнецов С.В., Кучеренко О.О., Ольховська О.М., Жаркова Т.С., Кучеренко М.В.

Навчання в інтернатурі з дитячих інфекційних хвороб – важливий і, деякою мірою, унікальний етап у підготовці майбутнього лікаря-педіатра [1, 3]. Це пов'язано в першу чергу з тим, що інтернатура дає можливість у безпосередній діяльності навчити лікаря-інтерна основам дитячої інфекційної патології. На нашу думку, головна мета підготовки інтернів може бути сформульована як подальше вдосконалення практичних умінь і навичок, необхідних для роботи лікаря [3, 4]. Саме цій головній меті підпорядковані і організація навчального процесу та методи, й форми контролю за ефективністю навчання в інтернатурі на нашій кафедрі.

Як відомо, дитячі інфекційні хвороби як дисципліна, поділяються на такі базові модулі: 1) гострі кишкові інфекції, 2) вірусні гепатити, 3) гострі респіраторні вірусні інфекції, 4) менінгіти та енцефаліти 5) дитячі інфекції, що супроводжуються екзантемою, 6) інфекційний мононуклеоз, дифтерія та епідемічний паротит.

Основною клінічною базою з підготовки інтернів є КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна інфекційна лікарня» – багатопрофільний стаціонар, що надає унікальну можливість для проведення навчального процесу на етапі інтернатури. На кафедрі дитячих інфекційних хвороб протягом періоду навчання інтерни проходять цикли в спеціалізованих відділеннях. Під час навчання в інтернатурі пріоритетним є формування в майбутніх лікарів навичок ведення пацієнтів, для чого необхідно дотримуватися двох головних принципів: самостійна робота й персоніфіковане викладання [2, 5]. Головним видом діяльності дитячого лікаря-інтерна є самостійна робота в палаті в якості помічника лікаря під контролем викладача. У повній відповідності з цим й організований навчальний процес. Кожен інтерн протягом усього періоду проходження інтернатури під контролем викладача спостерігає 5–6 хворих в одному з основних відділень багатопрофільного стаціонару. У процесі цієї роботи інтерном виконуються всі основні види діяльності дитячого лікаря інфекціоніста: діагностика різних форм інфекційної патології, планування додаткових обстежень, трактування їх основних результатів, участь у лікувально-діагностичних маніпуляціях, консилиумах, ведення медичної документації (історія хвороби, епікризи, виписки, направлення на обстеження та ін.).

Окрім повсякденних оглядів хворих у палаті, обов'язковим для інтерна є два нічних чергування в місяць, під час яких є можливість для надання невідкладної допомоги пацієнтам, які госпіталізовані в інфекційний стаціонар. Слід відзначити, що з кожним із лікарів-інтернів викладач проводить обстеження хворого, під час якого контролює засвоєння практичних навичок та детально обговорює особливості діагностично-лікувального процесу, перевіряє якість ведення медичної документації. На нашу думку, такий підхід є максимально ефективною формою навчання в інтернатурі. Наступним видом навчальної діяльності є заняття, що побудовані у формі клінічного розбору. Вони проводяться відповідно тематики, що передбачена навчальною програмою.

Важливим є знайомство інтернів з найбільш сучасними лабораторними та інструментальними методами обстеження хворого в дитячій інфекційній лікарні. Серед інструментальних методів особлива увага приділяється ультразвуковій діагностиці, ЕКГ, моніторингу функції зовнішнього дихання, рентгенологічним методам та ін. Відомості про роботу интерна на циклі фіксуються в його щоденнику, структура якого передбачає розгорнуте формулювання діагнозу кожного самостійно проведеного пацієнта, визначення й досягнення мети госпіталізації з вказівкою календарних термінів стаціонарного лікування. Особлива увага приділяється обґрунтуванню кожного положення діагнозу і, при необхідності, визначення основних напрямків диференційного пошуку. У щоденнику також вказується лікування хворого з вказівкою лікарських препаратів. Записи в щоденнику контролюються викладачем щотижнево та при кожному обході чи клінічному розборі. Робота на кафедрі також передбачає написання реферату з однієї з актуальних проблем дитячої інфекційної патології. Теоретична підготовка інтернів включає в се-

бе спеціальний лекційний курс, тематика якого передбачає розгляд найбільш важливих клінічних проблем. Оцінка успішності навчання в інтернатурі здійснюється відповідно з основними положеннями й принципами бально-рейтингової системи, що діє в університеті. Додаткові бали нараховуються інтернам за деякі види діяльності, які безпосередньо не передбачені навчальною програмою, але підвищують рівень і якість підготовки майбутнього спеціаліста та забезпечують додаткову мотивацію до навчання, професійного зростання, науково-дослідної роботи. Такими видами діяльності є: участь у науково-дослідній роботі кафедри з доповідями на конференціях, підготовка демонстраційно-ілюстративних матеріалів у межах навчально-дослідницької роботи. Додаткове нарахування балів можливе тільки при умові виконання обов'язкових вимог базової програми, відсутності академічної заборгованості.

Висновки. Таким чином, можна відзначити, що процес навчання інтернів у клініці дитячих інфекційних хвороб потребує належної організації та творчого підходу до проведення навчального процесу. Це можна забезпечити при умові наявності висококваліфікованих викладачів та відповідної бази для навчання майбутніх лікарів.

Література

1. Ехалов В.В. Принципы подготовки врачей-интернов разных специальностей по циклу «Неотложные состояния» / В.В. Ехалов, В.И. Слива, Д.М. Станин, О.В. Лященко, Е.Н. Клигуненко // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4 (35). – С. 126–128.

2. Клигуненко О.М. Особенности психологической подготовки врачей-интернов за фахом «Семейная медицина» при надании невідкладної допомоги / О.М. Клигуненко, Д.М. Станин, Т.М. Станина та ін. // Науково-методична конференція з міжнародною участю. Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів. – К., 2007. – С. 68–70.

3. Кузнецов С.В. Сучасний підхід до забезпечення єдності освітньої, науково-дослідної та інноваційної діяльності при підготовці лікарів-інтернів / С.В. Кузнецов, Кучеренко О.О., Т.С. Жаркова // Матеріали 40-науково-практичної конференції «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у ХНМУ». – 2014. – С. 23–25.

4. Нагорная Н.В. Об опыте оптимизации обучения педиатров в интернатуре / Н.В. Нагорная, М.П. Лимаренко, Г.И. Баешко, В.Н. Соколов // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3 (12). – С. 18–21.

5. Романцов М.Г. Педагогические технологии в медицине: Учебное пособие / М.Г. Романцов, Т.В. Сологуб. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 112 с.

ПРОБЛЕМА МІЖСОБИСТІСНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ СТУДЕНТІВ

Лапшин Д.В.

В останні роки «толерантність» стала не тільки загальноживаним, міжнародним терміном, але й однією з найбільш актуальних тем сучасних гуманітарних наук, зокрема й психології. У контексті проблем, пов'язаних з міжособистісними й міжгруповими стосунками, толерантність розробляється в

соціальній психології. Толерантне ставлення до іншої особистості припускає визнання й розуміння того, що особистість не просто інша, але й має право бути іншою. Прояв толерантного й поважного ставлення до іншої особистості сприяє вільному й відкритому діалогу, досягненню згоди в суспільстві й, як вказується в Декларації принципів толерантності (затверджена резолюцією 5.61 Генеральної конференції ЮНЕСКО від 16 листопада 1995 року), є «необхідною умовою миру й соціально-економічного розвитку всіх народів».

Наявність толерантного ставлення в суспільстві приводить до природного співробітництва, зближення людей різних культур, невизнання й неприйняття інших національних груп, релігійних інститутів є проявом інтолерантного ставлення, яке обумовлює виникнення конфліктів, ксенофобії, агресивного націоналізму, расизму, антисемітизму, відчуження, маргіналізації, дискримінації і т.ін. Підготовка студентів вузів, що передбачає здійснення професійної діяльності у сфері «людина - людина», вимагає особливого відношення до системи міжособистісних стосунків.

Однією зі значимих компетенцій для майбутніх фахівців даного виду є толерантність міжособистісних стосунків. Майбутні професіонали в період одержання спеціальності повинні навчитися проявляти в міжособистісному спілкуванні й взаємодії з різними людьми, незалежно від їхніх соціально-психологічних, демографічних і культурних особливостей, толерантність, тобто вони покликані дотримуватися плюралістичної позиції, сприймати світ через призму не тільки власних інтересів, поглядів, думок, але й інтересів, поглядів, думок інших. Міжособистісна толерантність у них припускає усвідомлений контроль над своїми емоціями, думками, поведінкою, психічним станом, які відповідають за позитивне ставлення до інших людей у міжособистісному спілкуванні й узаємодії.

На розвиток толерантності в системі міжособистісних і міжгрупових відносин покладаються великі надії як на одну з основних умов запобігання різного роду міжособистісних конфліктів, досягнення миру й згоди. Однак при формуванні толерантності особистості необхідно враховувати соціальну ситуацію розвитку людини, її вікові особливості, фактори, що сприяють толерантності або, навпаки, інтолерантності. Тому запорукою успішності розробки й впровадження психологічних і педагогічних програм формування толерантності є результати дослідження соціально-психологічних особливостей толерантності молодого покоління різних соціальних, вікових, гендерних й інших груп.

Основи вивчення толерантності закладені у філософських працях В.М. Золотухіна, М.С. Кагана, І. Канта, А.П. Куніцина, В.А. Лекторського, Дж. Локка. На сьогоднішній день проблема толерантності набула особливої актуальності й в інших науках: політичних, культурологічних, юридичних, соціологічних, філологічних. Найбільший інтерес до цієї проблеми проявляється в педагогіці, завдяки якому розкриваються загальнопедагогічні питання толерантності, формування й розвиток толерантності особистості різних суб'єктів освіт-

нього процесу: молодших школярів, підлітків, старшокласників, студентської молоді.

Соціально-психологічні особливості прояву міжособистісної толерантності студентів у соціальній психології дотепер не розглядалася. В останні роки зросла увага до проблеми толерантності в педагогічній психології, психології розвитку й акмеології. Досліджені психологічні особливості прояву й розвитку толерантності дітей молодшого шкільного віку, підлітків і юнаків, студентів і педагогів як окремих соціальних груп.

Таким чином, усвідомлення недостатньої теоретичної та практичної розробки в соціальній психології проблеми толерантності міжособистісних стосунків студентської молоді, розв'язання якої відповідає потребам сучасного стану психологічної науки й практики, може виступати обґрунтуванням необхідності її вивчення. Вивчення особливостей прояву міжособистісної толерантності майбутніх фахівців, що є підґрунтям толерантної взаємодії в полікультурному просторі, дозволить звернути увагу на необхідність розробки технології розвитку й формування міжособистісної толерантності як ключової компетентності професіоналів.

Література

1. Т.І. Поніманська. Виховання у світлі педагогіки толерантності: Я.А. Коменський, К.Д. Ушинський, В.О. Сухомлинський/Науковий вісник МДУ ім. В.О. Сухомлинського № 1. – С. 115–119.

2. Береговой Я.А. Толерантность. Педагогика толерантности / Я.А. Береговой // Педагогіка толерантності. – 2004. – № 1. – С. 135–139.

3. Веретенко Т. Толерантність у професійній підготовці майбутніх учителів / Т. Веретенко, Я. Долгополова // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2002. – № 4. – С. 65–72.

4. Клепцова Е. Ю. Психология и педагогика толерантности / Е.Ю. Клепцова: учеб. пособие для слушателей системы дополнительного профессионального педагогического образования. – М.: Академический Проект, 2004. – 176 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ»

Марковський В.Д., Яковцова А.Ф., Наумова О.В.

Патологічна анатомія охоплює широке коло теоретичних та практичних питань таких, як: загальнопатологічні процеси, структурні основи синдрому та хвороби, етіологія, патогенез та морфогенез, нозологія та діагноз, патоморфоз та ятрогенія, критерії морфологічної діагностики хвороб. З цього витікає, що призначення патологічної анатомії – це теоретичні основи медицини та медична практика. Тому в системі післядипломної медичної освіти підготовка майбутнього лікаря-патологоанатома посідає особливе місце. Засвоєння всього обсягу теоретичних знань, умінь і практичних навичок, які необхідні лікарю-спеціалісту-патологоанатому для самостійної роботи з аутопсійним, операційним та біопсійним матеріалом, є основним завданням інтернатури з патологічної анатомії.

Навчання інтернів проводиться згідно з типовим навчальним планом та програмою з інтернатури, індивідуальним планом роботи з інтернами, планом роботи для керівників інтернів на заочному циклі, календарним планом роботи. Для керівників заочного циклу розробляються та видаються методичні рекомендації для проведення практичних занять. Інтерн складає індивідуальний план роботи, веде щоденник інтерна.

На очному циклі лікарі-інтерни вивчають головний теоретичний та практичний курси у формі лекцій, семінарів та практичних занять, беруть активну участь у науково-практичних і патологоанатомічних конференціях, готують та обговорюють на семінарах реферати з найбільш актуальних тем програми. Лікарі-інтерни знайомляться з нормативними документи МОЗ України щодо патологоанатомічної служби, набувають навичок з розтину трупів померлих, вивченню біопсійного та аутопсійного матеріалу, формулювання патологоанатомічного діагнозу, написання протоколу розтину, заповнення лікарського свідоцтва про смерть з урахуванням сучасних вимог Міжнародної статистичної класифікації хвороб X перегляду. Лікарі-інтерни засвоюють основи лабораторної гістологічної, гістохімічної, імуногістохімічної техніки, вивчають принципи морфометрії, відеомікроскопічної цитофотометрії за допомогою прибору «Olympus BX-41». До процесу навчання залучаються, крім навчально-методичних матеріалів, музейний архів макро- та мікропрепаратів кафедри.

Робота з інтернами на заочному циклі проводиться згідно планів підготовки фахівців у повному обсязі згідно з програмою. Інтерни навчаються досліджувати біопсійний та секційний матеріал, знайомляться з методами оволодіння професійною майстерністю, навичками та маніпуляціями, беруть участь у підготовці матеріалів щодо проведення клініко-анатомічних конференцій та засідань лікувально-контрольних комісій, обговорюють нормативні документи МОЗ України щодо патологоанатомічної служби.

Контроль за якістю навчання здійснюється на практичних заняттях, семінарах, після закінчення очного та заочного циклів проводиться атестація лікарів-інтернів, що складається з 3 етапів: 1) іспит на ПЕОМ; 2) прийом практичних навичок з патологічної анатомії (розтин тіла померлого хворого з оформленням відповідної документації; проведення макро- та мікроскопічного дослідження біопсійного та операційного матеріалу); 3) контроль теоретичних знань із загальної та спеціальної патологічної анатомії, з організації роботи патологоанатомічної служби України.

Таким чином, навчання в інтернатурі за фахом «Патологічна анатомія» дозволяє інтернам одержувати базові теоретичні знання, у повному обсязі оволодіти необхідними практичними навичками, потрібними для вивчення біопсійного матеріалу та розтину середньостатистичного як терапевтичного, так і хірургічного трупу померлого хворого згідно кваліфікаційної характеристики, та починати працювати лікарем-патологоанатомом під керівництвом завідувача прозектури.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ВОЛОДІННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ ІНТЕРНІВ-ПЕДІАТРІВ

Одинець Ю.В., Саратов В.М., Казанов В.Я., Губар С.О.

Проблема підготовки молодого лікаря-спеціаліста була й залишається досить складним та відповідальним завданням. Вона повинна бути багатогранною та включати в себе різні види навчальної діяльності молодих лікарів: по-перше, аудиторну навчальну роботу під час очного циклу інтернатури – прослуховування лекцій, роботу на практичних та семінарських заняттях, участь у клінічних конференціях, а по-друге, самостійну роботу – підготовку до лекцій, практичних та семінарських занять, роботу біля ліжка хворого, оволодіння практичними навичками та удосконалення володіння ними. Значення роботи з удосконалення практичних навичок суттєво зростає під час заочного циклу інтернатури.

Провідною метою під час навчання в інтернатурі майбутнього лікаря-спеціаліста за фахом «Педіатрія» є не тільки удосконалення практичних навичок та маніпуляцій з лікування хворих дітей, які вони набули на додипломному етапі навчання, а й розширення їх діапазону. Саме тому робота з оволодіння та удосконалення практичних навичок при навчанні в інтернатурі є невід'ємною й актуальною частиною підготовки лікаря-спеціаліста-практика. Керівництво ж цією роботою повинно здійснюватись як викладачами профільної кафедри під час навчання лікарів-інтернів на очному циклі спеціалізації, так і базовими керівниками заочного циклу інтернатури.

Робота з оволодіння та удосконалення практичних навичок містить перед усе роботу в клініці, тому на початку навчання в інтернатурі керівниками очного та заочного циклів складається індивідуальний план навчання, який включає в себе перелік навичок, які інтерн повинен засвоїти або удосконалити під час того або іншого циклу роботи в клініці. Перед початком навчання ми знайомимо інтернів з переліком практичних навичок, якими вони повинні володіти після завершення навчання в інтернатурі згідно програми спеціалізації-інтернатури [1]. Під час планової щоденної курації хворих вони удосконалюють навички проведення та оцінки інструментальних методів обстеження, навички забору матеріалу для лабораторних досліджень та покращують навички володіння лікувальними маніпуляціями. Контролюють роботу із цього питання викладачі та базові керівники при проведенні щомісячної поточної атестації.

Навичками з надання невідкладної допомоги краще, на наш погляд, оволодівати під час чергувань у клініці, тому що саме в цей час частіше мають місце різні ургентні ситуації, тому перед початком інтернатури керівники очного та заочного циклів інтернатури наголошують на необхідності й важливості цього роду клінічної діяльності лікаря. Також навичками надання допомоги при невідкладних станах лікарі-інтерни мають можливість оволодіти під час роботи у відділеннях інтенсивної терапії, хоча, як і при чергуваннях, при цій діяльності дуже важливою є мотиваційна складова, ініціатива того, хто навчається, особливості його особистості.

Під час роботи в клініці інтерни-педіатри мають можливість удосконалити навички лікувальних маніпуляцій, що краще вдається здійснити під час навчання на заочному циклі інтернатури – при роботі в маніпуляційних кабінетах відділень педіатричних клінік, а робота ця планується та контролюється базовими керівниками. Аналогічним чином здійснюється покращення володіння діагностичними навичками, тобто базовий керівник розробляє графік роботи інтернів у діагностичних кабінетах (функціональної, ультразвукової діагностики, ендоскопічного та рентген-діагностичного) та контролює роботу інтернів у цих підрозділах клініки. Володіння навичками інструментальної діагностики також контролюється керівниками інтернатури під час співбесіди при проведенні атестації інтерна після завершення циклу роботи в конкретному відділенні.

Розширення теоретичного світогляду інтерна-педіатра також посідає одне із суттєвих місць у його підготовці. Тобто перед роботою лікаря-інтерна в діагностичних кабінетах клініки він повинен ще раз самостійно повторити за літературними джерелами техніку та умови проведення тих чи інших інструментальних досліджень. Знання теоретичної основи та методики проведення досліджень контролюється керівниками очного та заочного циклів інтернатури. При роботі в діагностичних кабінетах лікарі-інтерни втілюють свої теоретичні знання на практиці, та таким чином підвищуючи свою кваліфікацію лікаря-практика, що, на нашу думку, є вельми позитивним моментом.

Таким чином, робота з оволодіння та удосконалення практичних навичок лікарями-інтернами має велику роль у підготовці молодого лікаря-спеціаліста за фахом «Педіатрія», необхідно й надалі розширювати її діапазон, не забуваючи при цьому про контролюючу та спрямовуючу роль його керівника.

Література

1. Типовий навчальний план та програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації зі спеціальності «Педіатрія». – К., 2011. – 47 с.

НАДБАННЯ ФУНДАТОРІВ УКРАЇНСЬКОЇ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА»

Ольховський В.О., Хижняк В.В.

У кінці XIX століття судова медицина сформувалася в окрему дисципліну для застосування її в правосудді. Тоді ж постало питання підготовки вітчизняних кадрів – судових лікарів. На початку XX століття на теренах Російської імперії за цю справу завзято взявся М.С. Бокаріус.

Навчання лікарів-інтернів за фахом «судово-медична експертиза» на Україні розпочалося з рішучих кроків у цьому напрямку на початку XX століття вітчизняних судових медиків.

Мета повідомлення – показати щільний зв'язок між доробком видатних судових медиків України на початку XX століття і сьогоденням за мети удосконалення навчання лікарів-інтернів за фахом «судово-медична експертиза».

Наявні матеріали свідчать, що в першому десятилітті ХХ століття професор М.С. Бокаріус активно ввів у навчання судово-медичний розтин трупів. Через кілька років (1906 р.) навчальний процес доповнюється низкою дисциплін, що необхідні для судового лікаря: мікроскопічні та мікрохімічні дослідження речових доказів. Нарешті, у 1910 р. надруковано першу вітчизняну книгу для студентів за авторством М.С. Бокаріуса «Судебно-медицинские и микроскопические исследования вещественных доказательств». Наступного року він друкує за свої гроші «Краткий курс судебной медицины».

Підготовка судових медиків у подальшому поглибилася створенням у 1913 р., за ініціативи М.С. Бокаріуса, Інституту судової медицини при Харківському університеті.

З 1916 р. він починає друкувати низку методичних вказівок до практичних занять із судової медицини, а задля проведення цих занять розроблено спеціальні робочі місця з устаткуванням і препаратами.

Радянська влада визнала пріоритет М.С. Бокаріуса в судовій медицині. У 1925 р. під його керівництвом уперше в СРСР проведено піврічні курси, на яких отримали свої знання 13 лікарів – окружних судово-медичних інспекторів з різних міст України [1, с. 5–6].

Наукове надбання М.С. Бокаріуса отримав його син – М.М. Бокаріус, який гідно тримав високий рівень підготовки судово-медичних кадрів протягом 30-ти років. Завдяки йому в 60-ті роки поступово йде заміна стажування на інтернатуру для судового лікаря. Саме із цього періоду інтернатура із судово-медичної експертизи була надана кафедрі судової медицини нашого навчального закладу. Після батька й сина Бокаріусів інтернатурою опікувалися професори М.П. Марченко, В.О. Татаренко, а зараз – професор Ольховський В.О.

Сучасний етап навчання лікарів-інтернів за фахом «судово-медична експертиза» задля розвитку зазначеного вище доробку всесвітньо визнаних у судовій медицині попередників ґрунтується на Типовому навчальному плані та програмі спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівня акредитації зі спеціальності «судово-медична експертиза» (провідний розробник – НМАПО ім. П.Л. Шупика), що затверджено МОЗ України у 2006 р. Цей навчальний план і програму розраховано на 17 місяців (2652 навчальних годин), зокрема, заняття на кафедрі – 9 місяців (1404 навчальних годин), а на базі стажування – 8 місяців (1248 навчальних годин). На кафедрі здійснюються настанови міністерства відповідальними за інтернатуру професором Ольховським В.О. і доцентом Хижняком В.В. Інші викладачі кафедри також залучені до організації педагогічного процесу.

Навчальне навантаження на кафедрі розподілено на вивчення 25 курсів із судової медицини (1268 годин) та 8 додаткових і суміжних програм.

Навчальне навантаження на базі стажування присвячено опрацюванню 17 розділів програми інтернатури у відділі судово-медичної експертизи трупів (546 годин), 2 розділів у відділі судово-медичної експертизи потерпілих, звинувачених та інших осіб (507 годин), по 1–3 розділи у відділеннях судово-

медичної криміналістики, гістології, токсикології, імунології та цитології (по 39 годин).

Чинна програма потребує подальшого розвитку й удосконалення розділів 01.02 «Організація судово-медичної експертизи», 01.03 «Процесуальні основи судово-медичної експертизи», 01.06 «Регламентація прав та обов'язків медичних працівників», 19.01 «Огляд трупа на місці його виявлення або на місці пригоди» і 25.01 «Порядок призначення й особливості проведення судово-медичної експертизи за матеріалами справ» [2, с. 16–21]. Це обумовлено вступом у законну силу нового Кримінально-процесуального кодексу України та інших законів і підзаконних актів, що регулюють зазначені питання.

Висновки:

1. Основи вирішення важливих питань навчання лікарів-інтернів за фахом «судово-медична експертиза» здійснено батьком і сином Бокаріусами.
2. Навчання в інтернатурі постійно удосконалюється та приведено до сучасних вимог.
3. Чинні навчальний план і програма зі спеціальності «судово-медична експертиза» потребують прогресивних змін.

Література

1. Татаренко В.А. К истории кафедры судебной медицины и основ права / В.А. Татаренко // Вопросы суд.-мед. экспертизы: Сб. науч. работ, посвящ. 160-летию основания кафедры судебной медицины Харьк. госуд. мед. ун-та. – Харьков, 1995. – С. 5–6.
2. Типовий навчальний план та програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації зі спеціальності «судово-медична експертиза». – К.: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2006. – 28 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-НЕЙРОХІРУРГІВ

П'ятикоп В.О., В'юн В.В., Кутовий І.О., П'ятикоп І.Б.

Вступ. При розгляді кредитно-модульної системи у вихованні лікарів-нейрохірургів важливим є входження в систему безперервної освітньої діяльності, що має ґрунтуватися на принципах багаторівневого, ступеневого, варіабельного, гнучкого й багатофункціонального підходів навчання й виховання майбутніх лікарських кадрів [1]. У цьому й полягає суть так званого особистісно-орієнтованого підходу в навчанні, який розрахований на виключно самостійну роботу лікаря-інтерна й клінічного ординатора при дозованому засвоєнні навчальної інформації [2, 3]. У Харківському національному медичному університеті (ХНМУ) організаційно-методичне керівництво післядипломною освітою фахівців медичного профілю здійснює Інститут післядипломної освіти. На сьогодні формами післядипломної професійної освіти для лікарів є інтернатура й клінічна ординатура.

Основна частина. З 2009 р. на етапі післядипломної професійної освіти впроваджена інноваційна освітня технологія – кредитно-модульна система підготовки фахівців. У 2012 р. на кафедрі нейрохірургії ХНМУ при підготовці лікарів в інтернатурі та ординатурі стали широко застосовуватися інтерактивні методи проведення занять. Разом із цим на кафедрі сформовані електронні бази навчально-методичних матеріалів, що надаються всім лікарям, які навчаються в межах організації позааудиторної підготовки.

З 2012–2013 навчального року підготовка лікарів в інтернатурі та ординатурі організована відповідно до «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації», затвердженого наказом МОЗ України № 291 від 19.09.1996 р. та «Положення про клінічну ординатуру», затвердженого наказом МОЗ України № 12 від 29.01.1998 р., згідно з державними вимогами та кваліфікаційною характеристикою фахівця-нейрохірурга. З цією метою кафедрою були розроблені нові освітні програми з усіх розділів нейрохірургії.

Базою кафедри є нейрохірургічне відділення КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня Центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф». Відділення обладнане методами нейровізуалізації (МРТ, СКТ, УЗДГ, ТКДГ, цифровий ангіосеріограф).

Кафедра нейрохірургії ХНМУ проводить цикли спеціалізації, передатестаційні, тематичного удосконалення, а також підготовку лікарів-інтернів. Підготовка фахівців в інтернатурі проводиться протягом 36 місяців. Підсумкова атестація (як ординаторів, так і інтернів) включає 3 етапи: оцінку вмінь (практичних навичок), тестову оцінку знань (на персональному комп'ютері) і співбесіду. Важливою складовою частиною підготовки лікарів-нейрохірургів є чергування в клініці під керівництвом викладача кафедри, досвідченого лікаря-нейрохірурга, реаніматолога). Інтерни спочатку опановують усі технічні прийоми діагностики основних небезпечних захворювань, особливості грамотного оформлення медичної документації. Лікар-інтерн під час чергування приймає хворих і надає їм необхідну кваліфіковану допомогу разом із черговим лікарем. Лікар-інтерн повинен знати усіх хворих, лише тоді він отримує хороші практичні навички й зможе набути досвіду.

Для підготовки лікарів через систему ординатури визначено дворічний термін. Для ординаторів першого року навчання - курс лекцій з фундаментальних дисциплін тривалістю 2 тижні, для ординаторів другого року навчання – курс лекцій з актуальних проблем сучасної медицини (1 місяць). У навчальному процесі широко використовуються можливості університетської бібліотеки, репозитарію, наукового журналу університету *Inter collegas*.

Додаткова освіта (програми підвищення кваліфікації), у якій можуть брати участь лікарі-нейрохірурги після отримання сертифіката спеціаліста:

UEMS – Європейський союз медичних фахівців – Гармонізація медичної освіти в ЄС;

AMEE – Асоціація з медичної освіти в Європі – підвищення рівня викладання;

NBME – Національна Рада медичних екзаменаторів – організація меди-

чного ліцензійного іспиту в США;

FSMB – Федерація медичних рад Штатів;

WFME – Всесвітня федерація з медичного утворення.

Отже, вдосконалення системи післядипломної підготовки лікарів-нейрохірургів, що базується на принципах поетапного навчання, моделює майбутню роботу лікаря та сприяє підвищенню її якості.

Таким чином, підготовка лікаря-інтерна й клінічного ординатора на кафедрі нейрохірургії ХНМУ за інноваційною освітньою технологією дає можливість підвищення кваліфікації в повному обсязі. Дозволяє вивчати як теоретичний, так і практичний матеріал не тільки з питань нейрохірургії, а й невідкладних станів та дає можливість спрямовувати свої знання на підвищення якості надання медичної допомоги хворим з нейрохірургічними та неврологічними захворюваннями згідно з міжнародними вимогами.

Висновки

• Основними компонентами кредитно-модульної системи освіти мають стати модульний контент як для очних занять, які повинні бути скорочені за обсягом, так і для дистанційних освітніх складових. Для реалізації цих підходів необхідно забезпечити відповідну інфраструктуру на місцях: оснащення комп'ютерами робочих місць, доступ до мережі Інтернет, до освітніх порталів, до світових баз даних.

• Оптимальним було б найближчим часом запланувати розвиток університетських клінік та клінічних баз, активніше впроваджувати нові освітні технології, симуляційні та тренінгові класи, експериментальні операційні для тварин, віртуальні ситуаційні програми й дистанційні інтерактивні сесії, електронні інформаційні бази й бібліотеки.

Література

1. Березнюк В.В., Ковтуненко О.В., Хоботова Н.В. Використання сучасних технологій у підготовці лікарів-інтернів за фахом «Оториноларингологія» // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: матеріали навчально-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО. – Харків. – 2003. – С. 33–34.

2. Українська вища школа та інноваційний освітній процес у рамках Болонської конвенції / Журавльов А.С., Шушляпіна Н.О. і співавт. // Матеріали навчально-наукової конференції «Актуальні питання підготовки медичних та фармацевтичних фахівців у контексті Європейської освітньої інтеграції». – Чернівці. – 2009. – С. 158–161.

3. Шушляпін О.І., Шелест О.М., Кожин О.І., Добровольська І.Н., Борзова Е.Ю. Стильові особливості саморегуляції пізнавальної активності лікарів-інтернів на етапі стартового професійного утворення // Науковий журнал «Право і безпека». – Харків. – 2010. – № 3 (35). – С. 240–243.

Резюме. У роботі наведені дані про інноваційну освітню технологію – застосування кредитно-модульної системи в післядипломній підготовці фахівців-нейрохірургів. *Основними компонентами кредитно-модульної системи освіти повинні стати модульний контент як для очних занять, які повинні*

бути скорочені за обсягом, так і для дистанційних освітніх складових. Для реалізації цих підходів необхідно забезпечити відповідну інфраструктуру на місцях: оснащення комп'ютерами робочих місць, доступ до мережі Інтернет, до освітніх порталів, до світових баз даних. Оптимальним було б найближчим часом запланувати розвиток університетських клінік та клінічних баз, активніше впроваджувати нові освітні технології, симуляційні та тренінгові класи, експериментальні операційні для тварин, віртуальні ситуаційні програми й дистанційні інтерактивні сесії, електронні інформаційні бази й бібліотеки.

Abstract. The paper contains data on the innovative technology – the use of credit-modular system of postgraduate training specialist neurosurgeons. The main components of credit-modular system of education should be modular as content for eye exercises that must be reduced in size, and for distance education components. To implement these approaches is necessary to provide the appropriate infrastructure in place: equipping computers jobs, access to the Internet, and the educational portals to global databases. The best would be in the coming years to plan the development of university hospitals and clinical sites actively introduce new educational technologies, simulation and training classes for operating experimental animals, virtual situational applications and remote interactive session, electronic database and library.

ПЕРЕДУМОВИ ВИКЛАДАННЯ ПРОБЛЕМ ГЕРОНТОЛОГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Пасієшвілі Л.М.

1982 рік мав суттєве значення для медичної спільноти, а також осіб, які свою діяльність присвятили проблемам соціального захисту населення. Одне з засідань асамблеї ООН було присвячено проблемі медико-соціальної допомоги старим людям. Передумовою прийняття програми з цього питання було визначення, що значна кількість осіб як в старому, так і новому світі має вік понад 65 років. За даними міжнародного інституту соціальних досліджень («Нивел», Нідерланди) практично в усіх країнах Європи особи такого віку складають понад 20% населення. При цьому на найближчі роки (до 2025 року) прогноз щодо «старіння» населення песимістичний: таких осіб буде біля 25%. Однак, медична спільнота та уряд європейських країн стурбовані не матеріальним добробутом даних прошарків населення: в усіх цивілізованих країнах особи похилого віку є найбільш захищеними як рівнем соціальних, так і медичних послуг. Занепокоєння обумовлено іншими моментами: прогнозується збільшення пацієнтів зі злоякісними пухлинами, з психічними розладами – синільним психозом, старечим маразмом, хворобою Альцгеймера тощо.

Наша країні також належить до «старих» (у яких таке населення складає понад 8%) з кількістю населення 65 років та більше понад 20%. Так, наприклад, у Харкові таких осіб – 27%, в області – понад 40%. Але в нашій країні

дещо інші проблеми – дуже низький рівень життя таких осіб та їх соціальна незахищеність, а також самотність.

У такому разі, означене спрямовує нашу медицину до іншої мети. Тобто є доведеним, що як амбулаторна, так і стаціонарна служба більшу кількість годин, лікарських умінь та профілактичних заходів направляє на цей контингент осіб. У той же час треба визначити, що такий контингент пацієнтів має багато особливостей як у фізіологічному, анатомічному, так і соціальному плані. Так, оцінюючи основні системи організму осіб похилого віку, перш за все, дають характеристику так званому «квінтету геріартрії». Його виділення обумовлює не тільки поведінку хворого, але й можливість формування захворювань внутрішніх органів та їх коморбідність. До складу «квінтету геріартрії» увійшли такі складові: оцінка стану свідомості, функція тазових органів, рухливості, гомеостазу та ятрогенні захворювання. Певна роль також належить зниженню реактивності організму в цілому на тлі затухання функцій ендокринної системи, яке притаманне всім особам похилого віку та фізіологічною складовою старіння. Виникаючи при цьому зміни збоку внутрішніх органів (схильність до порушення серцевого ритму, зниження шлункової секреції, захисної функції кашлю тощо) також є наслідком геронтобіозу, хоча при перетинанні ряду негативних факторів можуть сприяти розвитку захворювань.

Тобто лікарі як амбулаторної ділянки (особливо сімейні лікарі та дільники лікарі), так і практикуючі в стаціонарних умовах повинні володіти питаннями особливостей роботи з пацієнтами старечого та похилого віку, оцінювати перебіг їх хвороб не тільки з позицій патогенезу кожного конкретного захворювання, але й призначенням фармакотерапії, використання якої полягає не тільки у встановленні дози препарату, але й оцінці психічного стану хворого (чи може він адекватно оцінювати хворобу та своєчасно приймати препарати у відповідних дозах). На жаль, на сучасному етапі економічної та політичної ситуації в країні необхідно вміти маніпулювати препаратами, орієнтуватися в їх взаємозаміні, при цьому зберегти їх властивості, якщо придбання даного препарату потребує великих коштів.

Вирішення всіх цих питань є передумовою для викладання геронтології та геріартрії. Однак питання з цих дисциплін практично не висвітлюються на етапі додипломної підготовки лікарів; хоча лікарі всіх клінічних спеціальностей, перш за все, будуть мати контакти з особами похилого та старечого віку.

На сьогодні основний розподіл студентів відбувається за спеціальністю «Сімейна медицина». Такі напрямки лікувальної роботи через сімейного лікаря будуть подовжуватися і далі. Тобто викладання даного курсу є необхідним напрямком підготовки лікарів. При цьому до даного курсу треба додавати не тільки питання лікування літніх хворих, але й психосоціальні аспекти, розробляти питання взаємозв'язку з органами соціального забезпечення, роботи в сім'ях та з поодинокими пацієнтами. Тобто питань дуже багато, усі вони мають першочергові вирішення та потребують спеціальної підготовки

лікарів. Вирішення означених питань допоможе не тільки подовжити життя, але й покращити його якість.

У той же час Асамблея ООН признала, що «...ставлення до старих людей повинно бути турботою суспільства та держави, що є критерієм оцінки моральності та зрілості будь-якої країни».

ПРОБЛЕМА ОНОВЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ РАДІОЛОГІВ В УКРАЇНІ

Пилипенко М.І.

Цей незаперечний факт визнаний у всьому світі: *радіологія – медична клінічна спеціальність, що змінила медицину.*

Сучасна медична практика буквально насичена радіаційними та ядерними технологіями. Наразі щорічно у світі проводиться понад 2 мільярди рентгенівських діагностичних досліджень, 32 млн. ядерномедичних і 5,5 млн радіотерапевтичних процедур, і ця тенденція йде вгору [1]. Така ситуація зумовлена, очевидно, провідною роллю радіологічного обстеження хворого в установленні чи підтвердженні діагнозу, спостереженні за перебігом захворювання, ефективністю обраного лікування й можливим розвитком ускладнень, тобто можна стверджувати, що нині роль радіології в наданні адекватного лікування визначальна.

Старовинна велика істина для медичної практики проголошує: «*Qui bene diaqnoscit bene curat*» («хто добре діагностує, добре лікує»). Дійсно, імена видатних лікарів усіх народів (до ХХ сторіччя) – це, перш за все, імена неперевершених діагностів. Зішлемося хоча б на найвідоміший приклад Авіценни (Ібн Сіні, Х–ХІ ст.), який розрізнявав понад 70 типів пульсу, за якими міг диференціювати хвороби. Підтверджено, що тільки розмовляючи з хворим, збираючи анамнез, висококваліфікований може встановити діагноз у семи випадках з десяти. І це факт!

Але нині ця старовинна істина майже не згадується ні усно, ні в текстах. Як це не дивно, саме радіологія, особливо сучасна, звернулася до цього: завдяки радіології діагностика як дисципліна й лікарська діяльність нині відокремилася від лікування – у кожній сучасній лікарні обов'язково є радіодіагностичне відділення, через яке проходить кожний хворий, нерідко – по декілька разів. Але істина щодо базового значення оперативної діагностики в успіхові лікування залишається, бо, зрозуміло, не можна лікувати хворого, не знаючи, на що він хворіє. Тому та істина наразі може бути перефразована так: «*у лікарні, де висококваліфіковані радіодіагности, добре лікують*».

Крім того, радіологічні процедури застосовуються для лікування чи не найтяжчих недуг — онкологічних. Понад 60 % онкологічних хворих потребують радіотерапії в усіх її різновидах. За ефективністю лікування злоякісних пухлин вона посідає друге місце після хірургії, але вартість такого лікування значно менша ніж хірургічного, а тим більш — сучасного медикаментозного [2]. Радіотерапія має соціальні й медичні переваги перед непроменевими методами також і в лікуванні деяких непухлинних захворювань [3, 4].

Але суспільство за прогрес в наданні якісної медичної допомоги, пов'язаної з радіологією, має платити надвисокими цінами за медичне радіологічне устаткування (апаратні комплекси для радіологічної діагностики і лікування за вартістю перевищують у два й навіть у три рази медичне обладнання для будь-якої іншої галузі медицини) і ризики медичного радіаційного опромінення пацієнтів і персоналу. Медична практика, пов'язана з діагностичним використанням іонізуючого випромінювання, дає найбільший внесок в опромінення людини від антропогенних джерел радіації: на неї в усьому світі припадає близько 95% від загальної дози від таких джерел (надфонового опромінення) [1, 5]. Середня щорічна ефективна доза (мЗв) для населення Земної кулі від джерел техногенного походження становить: діагностичні медичні дослідження – 0,4 (0,02÷1,2), радіонукліди атмосферних ядерних випробувань – 0,005, радіонуклідне забруднення від Чорнобильської аварії – 0,002, атомні електростанції – 0,0002, сумарно – 0,4072, а від джерел природного походження – 2,4. [5]

Ці нелегкі й разом з тим невідворотні виклики постають перед суспільством будь-якої держави світу, і шлях до розв'язання проблеми, зрозуміло, єдиний – оптимізація співвідношень: витрати/ефективність, витрати/користь, користь/ризик. Терміни різні, але говориться про одне: як зменшити тягар плати прогресу щодо отримуваної користі. Ступінь вирішення проблеми знаходиться в прямій залежності від ступеня цивілізованості суспільства.

У провідних радіологічних журналах світу регулярно друкуються результати численних досліджень на тему витрати/ефективність радіологічної діагностики [6–14]. Базовим чинником підвищення ефективності радіологічної діагностики визнається професійна майстерність радіолога, яка, очевидно, залежить від якості первинної радіологічної освіти радіолога як спеціаліста й організації системи його подальшого безперервного навчання. Це забезпечує найвищу економічну ефективність використання високовартісного обладнання, зменшення дублювань досліджень, знаходження найкоротшого шляху до правильного діагнозу без зайвих досліджень. Одночасно при цьому вирішується вторинно й проблема зменшення променевого навантаження на хворого, тобто ризиків медичного опромінювання.

Ураховуючи важливість радіології в сучасній медицині і розуміючи, що всі можливості її можуть бути повноцінно реалізовані тільки за умови високої кваліфікованості лікаря-радіолога, Спілка Європейських медичних спеціалістів (UEMS) затвердила нову, переглянута редакцію (15) Європейської Хартії навчання з діагностичної радіології, запропоновану Європейською Асоціацією радіологів (EAR). Нова Хартія рекомендує для всіх членів EAR як обов'язкове 5-річне післядипломне навчання для отримання сертифіката лікаря-радіолога.

У Вступі до Хартії говориться: *«Радіологія становить медичну клінічну спеціальність, що охоплює всі аспекти одержання медичних зображень, які дають інформацію про анатомію, патологію, гістопатологію і функціонування органів і систем при хворобливих станах. Вона включає також інва-*

зивні методи діагностики і мінімально інвазивні лікувальні маніпуляції під контролем зображень». А в Параграфі 2 Вступу підкреслено: «Радіологи – це клініцисти, і їм необхідна добра клінічна підготовка із суміжних дисциплін».

Президент EAR проф. N. Gourtsoyiannis, віце-президент EAR проф. I.W. McCall і голова Європейського комітету з освіти проф. P.A. Grenier у своїй Передмові до Хартії висловлюють надію, «що документ стане такою допомогою для національних товариств [з радіології] у спілкуванні з урядами щодо забезпечення високоякісних п'ятирічних програм навчання в кожній європейській країні».

Хартія передбачає підготовку спеціалістів із фаху «Загальна радіологія» і з десяти субфахів: «Педіатрична радіологія», «Нейрорадіологія», «Радіологія голови і шиї», «Торакальна радіологія», «Кардіальна радіологія», «Радіологія грудної залози», «М'язо-скелетна радіологія», «Шлунково-кишкова і черевна радіологія», «Сечо-статева радіологія» та «Інтервенційна радіологія».

Спеціалісти із загальної радіології готуються для подальшої роботи в лікувальних багатопрофільних установах. Щоб мати можливість виступати як експерт в окремому розділі загальної радіології серед своїх колег, що працюють у лікувальному закладі, для якого готується резидент-стажист, він останній (п'ятий!) рік у своїй індивідуальній програмі підготовки значну частину навчального часу приділяє саме відповідному розділу дисципліни. Практикується відрядження резидента-стажиста із базового навчального лікувального закладу до інших центрів своєї країни (і не тільки!), де краще поставлена практика в певному розділі радіології.

Підготовка спеціаліста з одного із субфахів радіології передбачає його подальшу діяльність у спеціалізованому лікувальному центрі відповідного профілю. Резидент-стажист, обравши такий варіант своєї майбутньої клінічної діяльності, обов'язково проходить повну програму підготовки із загальної радіології (п'ять років!), у якій акцент в певній мірі зміщено на більшу увагу до обраного ним профілю, і, як правило, додатковий рік присвячує удосконаленню у своїй майбутній клінічній діяльності. Для резидента-стажиста за субфахом «Інтервенційна радіологія» додаткова програма розраховується на два–три роки!

Наразі в Україні діє відмінна від викладеної в Хартії схема радіологічної освіти. На наш погляд, її відмінності від запровадженої в країнах Європейського Союзу (ЄС) істотні.

По-перше, первинна спеціалізація з радіології – інтернатура (еквівалент резидентури) — здійснюється протягом 1,5 року, що в 3,3 рази менше ніж у ЄС. І програма з підготовки радіологів через інтернатуру далека від Хартії, що інакше й не може бути за такої обставини.

По-друге, допускається видача сертифікатів на право роботи з КТ-, МРТ- та УЗ-апаратами лікарям інших спеціальностей після короткочасних курсів «спеціалізації».

По-третє, в офіційному перелікові медичних лікарських спеціальностей України в розділі «Радіологія» повна невідповідність аналогічній системі, що діє в країнах ЄС.

З другої відмінності маємо практичний результат: на жаль, досить у непоодиноких випадках у звітах про КТ- чи МРТ-обстеження знаходимо свідчення, що радіолог не бачить наявне, а побачене інтерпретує безпомічно, тобто ресурси витрачаються не тільки неефективно, а навіть зі шкодою. Щоправда, безпомічність спеціалістів-радіологів у їх професійній діяльності можна бачити й у тих з них, які пройшли навчання в інтернатурі. Особливо часто це пов'язано зі слабкою їх загальною клінічною підготовкою.

Таким чином, маємо підстави стверджувати, що існуюча система радіологічної освіти в Україні дискредитує цю спеціальність як провідну в забезпеченні якісної медичної допомоги й призводить до *прямих* економічних втрат, оскільки одне з найвартісніших медичних обладнань – радіологічні діагностичні апарати (терапевтичні тим паче) не дають очікуваної від них користі суспільству.

Ця проблема, на наш погляд, спричиняє, так би мовити, «сторонній ефект ставлення до фаху». Здається, що у свідомості сучасних лікарів, на превеликий жаль, склалась упевненість, що єдино лікуючий лікар є «клініцистом», що тільки він – головна фігура в наданні адекватної, тобто ефективної медичної допомоги хворому. Не рідко від адміністраторів лікарень можна почути такий дивовижний термін – *параклінічні служби*, під якими розуміють патоморфологічне й радіологічне (консервативно його досі іменують рентгенологічним або ж рентгенорадіологічним) відділення й клініко-діагностичну лабораторію. І це при тому, що в деяких лікарнях існують діагностичні центри, основою оснащення яких є сучасні апарати променевої діагностики – КТ, МРТ, УЗ-апарати, ангіографи, мамографи і обов'язково класичні рентгенодіагностичні. Мабуть, що саме така психологічно хибна недооцінка радіологічної діагностики й спричиняє недооцінку необхідності належної підготовки радіологів – лікарів-клініцистів, як це сформульовано і підкреслюється в Хартії.

Припускаємо, що хтось не погодиться з особливою роллю радіології в сучасній клінічній діагностиці (була нагода бути свідком такої незгоди), на що відповімо словами І. Шиллера: «Істина ніяк не страждає від невизнання її будь-ким», але, зауважимо – за певних обставин від цього страждає суспільство.

Література

1. Proceedings of an International Conference held in Malaga, Spain, 26–30 March 2001, organized by the International Atomic Energy Agency.
2. Thawaites D. I. et al. // *Radiother. a. Oncology.* – 1995. – Vol. 35. – P. 61–73.
3. Teer J.W.H., van Houtte P., Davelar J. // *Radiother. a. Oncology.* –1998 – Vol. 48 – P. 249–257.
4. Пилипенко М.І. // УРЖ. – 2008. – Т. XIV. – Вип. 4. – С. 437–442.
5. Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (2001).

6. Beinfeld M.T., Gazelle S. // Radiology. – 2005. – Vol. 235. – P. 934–939.
7. Beinfeld M.T., Wittenberg E., Gazelle G. S. // Radiology. – 2005. – Vol. 234. – P. 415–422.
8. Hogan Ch., Sunshine J.H. // Radiology. – 2004. – Vol. 230. – P. 774–782.
9. Sunshine J.H., Burkhardt J.H., Mabry M.R. // Radiology. – 2001. – Vol. 218. – P. 854–865.
10. Singer M.E., Applegate K.E. // Radiology. – 2001. – Vol. 219. – P. 611–620.
11. Blackmore C.C., Zelman W.N., Glick N.D. // Radiology. – 2001. – Vol. 220. – P. 581–587.
12. Cohen M.D. // Radiology. – 2001. – Vol. 220. – P. 563–565.
13. Saini S., Sharma R., Levine L. A., et al. // Radiology. – 2001. – Vol. 218. – P. 172–175.
14. McMahon P.M., Bosch J.L., Gleason S., et al. // Radiology. – 2001. – Vol. 219. – P. 44–50.
15. European Training Charter for Clinical Radiology. European Association of Radiology, Vienna, November 2005.

**ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК 3 ЗАГАЛЬНА ЛІКАРСЬКА
ПІДГОТОВКА» НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ ТА НЕОНАТОЛОГІЇ
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., Тельнова Л.Г., Іщенко Т.Б., Шипко А.Ф.

Одним із етапів перевірки якості отриманих знань та підготовки лікарів-інтернів до самостійної роботи є складання ліцензійного інтегрованого іспиту (ЛІ) «Крок 3», який проводиться у відповідності до наказів МОЗ України від 20.11.2006 р. № 762 “Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», як складової частини державної атестації лікарів-інтернів.

Кафедрою педіатрії та неонатології №1 активно реалізується створена в інституті післядипломної освіти ННПО ХНМУ система заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до складання ЛІ «Крок 3», як одного з чинників незалежного оцінювання рівня компетентності лікарів-інтернів.

Підготовка лікарів-інтернів на кафедрі педіатрії № 1 та неонатології до ЛІ «Крок 3» проводиться згідно розробленого ННПО ХНМУ Положення про підготовку лікарів-інтернів до складання ЛІ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», затвердженого Вченою радою ННПО ХНМУ та щорічного плану – графіку підготовки лікарів-інтернів до ЛІ «Крок 3», який розсилається по кафедрах на початку навчального року.

Організаційною основою тестового контролю рівня формування фахових знань та вмінь лікарів-інтернів є забезпечення постійного застосування тестів на всіх етапах навчання інтернів на кафедрі педіатрії № 1 та неонатології університету, а саме:

- у формі поточного контролю вхідного рівня формування знань та вмінь, як складової частини оцінки базового рівня знань лікарів-інтернів;
- на встановлених кафедрою проміжних етапах поточного контролю в межах засвоєння окремих розділів дисциплін;
- при проведенні річного підсумкового контролю, під час якого тестовий контроль є обов'язковим етапом.

На кафедрі педіатрії № 1 та неонатології розроблений контролюючий та навчаючий банк тестових завдань, який формується із тестів Центру тестування МОЗ України, є в наявності буклети минулих років, за допомогою яких проводиться підготовка інтернів до інтегрованого іспиту «Крок 3».

Крім кафедрального етапу підготовки до ЛІ «Крок 3» тестове навчання лікарів-інтернів забезпечується контролюючо-навчальними тренувальними заняттями в комп'ютерних класах ННЦ університету, згідно створеного ННПО ХНМУ графіку занять, який затверджується першим проректором ХНМУ, професором В.А. Капустником.

Безперечно, успішному навчанню лікарів-інтернів та підготовці їх до тестування сприяє цикл лекцій відповідно до створеної МОЗ України програми з невідкладних станів із залученням кращих фахівців професорсько-

викладацького складу ХНМУ. У 2014-2015 навчальному році виділені окремі лекції з розбором тестових завдань за кожною спеціальністю інтернатури.

Проведення контрольного тестування лікарів-інтернів забезпечується кафедрою педіатрії №1 та неонатології в декілька етапів:

I етап – вхідний рівень підготовки до ЛП «Крок 3» проводиться на кафедрі як складова перевірки базисного рівня знань лікарів-інтернів, методика якої розроблена та затверджена методичною комісією з післядипломної освіти.

II етап – проміжний контроль, також проводиться на кафедрах, з урахуванням корегування рівня знань після перевірки вихідного рівня знань.

III етап – тренувальні заняття в комп'ютерних класах ННЦ університету за буклетами минулих років з заміром засвоєного в кінці 1-тижневого навчання в комп'ютерному класі згідно графіку, розробленого ННПО ХНМУ та затвердженого проректором з науково-педагогічної роботи.

IV етап – заключний рівень готовності інтернів до ЛП «Крок 3» з тестовим контролем кафедри перед проведенням циклу лекцій з невідкладної допомоги як складової підготовки лікарів-інтернів до іспиту «Крок 3».

Завершальний етап – контрольне пілотне тестування, яке проводиться за 2 місяця до ЛП «Крок 3» після закінчення циклу лекцій з невідкладної допомоги.

Виконання кафедрою педіатрії № 1 та неонатології заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до ЛП «Крок 3» сприяло покращенню результатів складання інтернами ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» у 2014 році.

Лікарі-інтерни кафедри педіатрії № 1 та неонатології ХНМУ у 2014 році правильно відповіли на 78,1% тестових завдань при минулорічному показнику 75,7% (+2,4%), причому найкращі знання інтернів були за розділом «Дитячі хвороби».

Колектив кафедри педіатрії № 1 та неонатології вважає, що для покращення підготовки лікарів-інтернів до ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» необхідно активізувати самостійну роботу інтернів з цього розділу навчання з подальшим посиленням контролем викладача на всіх етапах підготовки лікарів-інтернів до ЛП «Крок 3. Загальна лікарська підготовка».

Література

1. Нагорная Н.В. Об опыте оптимизации обучения педиатров в интернатуре/ Н.В. Нагорная, М.П. Лимаренко, Г.И. Баешко, В.Н. Соколов // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3 (12).

2. Ехалов В.В. Принципы подготовки врачей-интернов разных специальностей по циклу «Неотложные состояния» / В.В. Ехалов, В.И. Слива, Д.М. Станин и др. // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4 (35). – С. 126–128.

ЗНАЧЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК КАФЕДРИ У ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СТОМАТОЛОГІВ

Соколова І.І., Стоян О.Ю., Денисова О.Г.

Останні роки відзначаються стрімким зростанням вимог до якості освітньої праці, що пов'язано з величезним попитом в усіх галузях людської діяльності на компетентних фахівців, без яких неможливо вирішення істотних проблем сучасності [1]. Освіта повинна повноцінно задовольняти ці потреби суспільства. Це повною мірою стосується й післядипломної медичної освіти. Концепція реформування підготовки лікарів в Україні передбачає приведення медичної освіти – структури, змісту, термінів підготовки та якості до державних і міжнародних стандартів та потреб охорони здоров'я у якій медичній допомозі населенню [2]. На сьогодні в процесі підготовки лікарів-інтернів стоматологів акцентом має стати необхідність певних змін з урахуванням міжнародного досвіду підвищення якості медичної освіти, що передбачає розробку нових науково - педагогічних підходів, інновацій у підготовці фахівців стоматологів, а також приведення стандартів медичної освіти до міжнародних вимог через ефективне використання матеріально-технічного та наукового потенціалу.

Навчання в інтернатурі є досить важливим етапом у процесі формування молодого лікаря як фахівця. Такий етап підготовки лікарів-інтернів стоматологів має вигляд наставництва, коли лікарі здобувають досвід після отримання базової медичної кваліфікації під керівництвом науковців з великим педагогічним досвідом. Тож, поряд із вдосконаленням практичних клінічних навичок, лікарі-інтерни набувають подальшої теоретичної підготовки. У зв'язку із цим досить важливим є наукова діяльність співробітників кафедр післядипломної освіти. Саме наукова діяльність наставників лікарів-інтернів спонукає майбутніх фахівців до більш глибокого оволодіння, як мануальними навичками, так і до розширення теоретичних знань.

Викладачі вищої школи, які активно займаються наукою не заради самої науки, стимулюють пізнавальну діяльність лікарів-інтернів. Процес наукового дослідження, який відбувається щоденно, активізує лікарів-інтернів щодо елементів науково-дослідницької роботи: пошуку нових підходів у виборі лікування, аналізу рідких клінічних випадків з практики та представлення таких на конференціях молодих учених, написання рефератів, складання презентацій за темами з різних розділів стоматології. Зацікавленість науково-педагогічних кадрів у залученні лікарів-інтернів стоматологів спонукає до постійного пошуку нового, що дуже необхідно будь-якому фахівцеві в подальшій його діяльності та стимулює розширення у лікаря клінічної ерудиції, мислення й постійного самовдосконалення. Для багатьох інтернів приклад викладачів-науковців, участь у цьому пошуковому процесі саме в інтернатурі, є чи не найпершою спробою самостійного аналізу результатів своїх клінічних спостережень та помилок, поглиблення теоретичних знань, узагальнення літературних даних, пошуку нових ідей для вдосконалення методів лікування в будь-якому розділі сучасної стоматології.

Результати наукових розробок викладачів кафедри стоматології мають на меті, як вдосконалення та розширення викладання розділів стоматології, так і їхнє впровадження у практичну діяльність майбутніх лікарів-стоматологів. Досить цінним є наявність на кафедрі співробітників, які мають безпосереднє відношення до практичної охорони здоров'я, а поряд із цим достатньо активні у своїх наукових пошуках. Досвід таких викладачів є наочним прикладом для майбутніх лікарів.

З метою наближення післядипломної освіти до вимог сьогодення, доцільно впровадження в навчальний процес результатів наукових розробок співробітників кафедри, що надасть можливість поєднати всі форми викладання навчального матеріалу – комплекс теоретичного матеріалу (підручники, посібники для самостійної роботи, конспекти лекцій, джерела літератури за фахом), систему аналізу процесу навчання як тестових завдань для оцінки підготовки й вдосконалення мануальних навичок.

Висновок. Підвищення якості медичної освіти - завдання як органів та установ охорони здоров'я, так і профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів. Цей процес неможливий без створення відповідних умов, коли наукова діяльність стає невід'ємною частиною викладання. Підготовка спеціалістів в інтернатурі є важливим етапом у становленні лікаря-фахівця стоматолога і має за мету покращити якість стоматологічної допомоги населенню.

Література

1. Кочін І.В. Поняття «компетентності» та «компетенції» у підготовці фахівців Державної служби медицини катастроф / І.В. Кочін, Д.В. Ількаєв, О.М. Акулова та ін. // Запорозький медичний журнал. – 2008. – № 4. – С. 150–152.

2. Систематизація навчально-методичної роботи в контексті Болонського процесу на кафедрах післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації: Навчальний посібник./За ред. Є.Х. Заремби. – Львів: ЛА «Піраміда», 2009. – 192 с.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ПРОМЕНЕВИХ ДІАГНОСТІВ

Спузяк Р.М., Слабодчиков М.Є.

Вступ. Променева діагностика посідає провідне місце в діагностиці захворювань різних органів та систем завдяки впровадженню у практику новітніх технологій обстеження хворих, таких, як СКТ, МРТ, УЗД, цифрових технологій та поширенням їх застосування в лікувальних закладах. Тому більш ніж 70% діагнозів встановлюються за допомогою променевого дослідження [1].

Найбільш суттєвим питанням є підготовка кадрів, для чого необхідно кардинально змінити ставлення до променевої діагностики, починаючи з додипломного етапу навчання лікаря – променевого діагноста.

З цією **метою** пропонується проведення ряду заходів з підвищення мотивації студентів у виборі професії радіолога в широкому сенсі, та рентгенолога, зокрема.

По-перше, у програмі клінічних дисциплін старших курсів обов'язково при викладанні найбільш поширених захворювань (онкологічних, запаль-

них, травматичних) увести комплексні лекції спеціаліста променевого діагноста [2].

По-друге, в університеті потрібно активізувати роботу студентських наукових гуртків, причому, студенти повинні займатися науковими дослідженнями в лікувальних установах, брати участь у студентських науково-практичних конференціях для обміну інформацією з тієї чи іншої медичної проблеми, що може зацікавити студентів.

По-третє, кафедрі променевої діагностики слід проводити семінари-екскурсії до діагностичних центрів, відділень променевої діагностики клінік університету з метою популяризації дисципліни [3].

При проведенні занять з інтернами на очному циклі слід мати добре технічно оснащені спеціалізовані клінічні профільні бази, розроблені навчальні посібники з урахуванням останніх наукових розробок тощо. Безумовно, слід широко практикувати проведення як внутрішньо-кафедральних, так і між-кафедральних та міжвузівських науково-практичних конференцій з залученням усіх інтернів.

На заочному циклі інтернам слід давати більше самостійності у виконанні променевих досліджень під наглядом керівника. При цьому інтерни будуть мати змогу не тільки ознайомитися з можливостями сучасних променевих методів (не за підручником!), а й визначитися в алгоритмі проведення променевого дослідження залежно від конкретної клінічної ситуації, що в майбутньому допоможе їм орієнтуватися в плануванні адекватного застосування кожного з методів променевого дослідження. [4–6]. Це є надто важливим у сучасній економічній ситуації, бо МРТ, СКТ та навіть цифрове рентгенологічне дослідження є достатньо вартісними. Слід постійно мати на увазі, що при виконанні останніх пацієнт отримує променеве навантаження. Тому виходити треба з того, щоб при мінімальних витратах та мінімальному променевому навантаженні встановлювати правильний діагноз, що, звісно, обумовить якісний результат лікування хворих.

Література

1. Линденбратен Л.Д., Варшавский Ю.В. Актуальные проблемы отечественной радиологии – пути решения // Радиология-практика. – 2008. – № 2. – С. 4–11.

2. Усович А.К. Направления и проблемы мультидисциплинарного подхода к изучению методов лучевой диагностики в медицинском вузе // Мед. визуализация. – 2008. – № 1. – С. 124–127

3. Крамний І.О., Спужак М.І. з співавт. Дідактичні проблеми післядипломної освіти радіологів-діагностів: навч. посібник для викладачів кафедр променевої діагностики. –2011. – 107 с.

4. Крамний І.О., Спужак М.І. з співавт. Шляхи покращення професійно-практичної підготовки з пульмонології лікарів-інтернів за фахом «Радіологія». Мат. XIII конгресу СФУЛТ. – Львів. – 2010. – С. 580.

5. Крамний І.О., Спужак М.І. з співавт. Методичні рекомендації для керівників баз стажування з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Радіологія». – Харків. – -2008. – 44 с.

6. Пилипенко М.І. // УРЖ. – 2008. – Т. XIV. – Вип. 4. – С. 437–442.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Спузяк Р.М., Слабодчиков М.Є.

Значне місце в системі підготовки радіологів-діагностів посідають практичні групові та індивідуальні заняття й консультації. **Головною їх метою** є закріплення теоретичних знань, оволодіння уміннями та навичками з променевої діагностики.

Практичне заняття – один із видів систематичних навчальних занять, на яких слухачі набувають необхідних умінь та навичок з того чи іншого розділу радіологічної діагностики відповідно до навчального плану. Це форма навчального процесу, за якої за допомогою керівника формуються навички правильного практичного застосування теоретичних положень з променевої діагностики через індивідуальне виконання лікарями-інтернами конкретних завдань.

Загальні цілі його зводяться до придбання навичок роботи з апаратурою, приладами, вибором технічних умов проведення дослідження конкретного органа чи системи, навичками здійснення дослідження за допомогою різних методів, уміння розбиратися в можливостях та обмеженнях їх використання в умовах конкретного дослідження, інтерпретувати результати та робити діагностичні висновки.

Ці заняття проводяться в рентгенодіагностичному кабінеті або в спеціально обладнаній навчальній кімнаті з необхідним технічними засобами навчання.

План проведення практичного заняття:

- проведення контролю базових знань, умінь і навичок інтернів;
- постановка керівником загальної проблеми та її колективне обговорення інтернами;
- побудова плану дослідження з його обговоренням;
- розв'язування контрольних завдань з наступною їх перевіркою й оцінюванням.

Підсумковими завданнями практичного заняття ставиться:

- а) поглиблення теоретичної підготовки інтернів;
- б) подальше наближення змісту навчання до вимог наукового прогресу;
- в) розвиток ініціативи й самостійності слухачів у процесі виконання ними практичних робіт.

Дидактичні цілі практичних занять зводяться до:

- оволодіння методиками дослідження хворих, відпрацювання навичок за темою або розділом практичної роботи;
- ознайомлення з новим діагностичним устаткуванням і приладами;
- розвинення ініціативи й самостійності в роботі;
- навчання на практиці новим методам досліджень, навчання прийомам дослідницької роботи в умовах обладнаних сучасною технікою кабінетів;
- написання протоколів рентгенологічного дослідження;
- оволодіння методиками протипроменевого захисту.

Отримані інтернами оцінки за окремі практичні заняття враховуються при виставленні підсумкової оцінки.

Відповідно до цілей і дидактичних завдань виділяють:

а) **демонстраційні заняття**, на яких керівник демонструє хід виконання рентгенологічного дослідження або експерименту, порядок роботи з новою апаратурою та устаткуванням, а інтерни спостерігають за діями керівника, засвоюючи показане;

б) **самостійні заняття**, у ході яких інтерни при методичній допомозі й рекомендаціях керівника проводять усі або окремі ланки дослідження або експерименту, оволодіваючи навиками цієї роботи.

Практичні заняття з тематики повинні слідувати за розділами теоретичного курсу.

У процесі виконання практичної роботи керівник стежить і надає кваліфіковану допомогу щодо експлуатації устаткування; стежить за дотриманням правил техніки безпеки, санітарних і гігієнічних правил; надає індивідуальну консультацію в ході виконання практичної роботи.

Практичне заняття закінчується висновком, у якому підводяться підсумки й аналізуються отримані дані.

Література

1. Линденбратен Л.Д., Варшавский Ю.В. Актуальные проблемы отечественной радиологии – пути решения // Радиология – практика. – 2008. – № 2. – С. 4–11.

2. Усович А.К. Направления и проблемы мультидисциплинарного подхода к изучению методов лучевой диагностики в медицинском вузе // Мед. визуализация. – 2008. – № 1. – С. 124–127

3. Крамний І.О., Спужак М.І. з співавт. Дидактичні проблеми післядипломної освіти радіологів-діагностів: навч.посібник для викладачів кафедр променевої діагностики. – 2011. – 107 с.

4. Спужак М.І., Крамний І.О. Актуальні проблеми підготовки променевих діагностів // Пробл.суч.мед.науки і освіти. – 2010. – № 2. – С. 7–8.

5. Крамний І.О., Спужак М.І. з співавт. Методичні рекомендації для керівників баз стажування з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Радіологія». – Харків. – 2008. – 44 с.

6. Пилипенко М.І. // УРЖ. – 2008. – Т. XIV. – Вип. 4. – С. 437–442.

ВИКОРИСТАННЯ ВІЗУАЛЬНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Супрун О.В.

Метою будь-якої освіти, у тому числі й медичної, є формування професійно самодостатньої особистості через розкриття її творчого потенціалу та надання можливостей самореалізації. Кваліфікаційна характеристика сімейного лікаря вимагає освоєння великої кількості знань і практичних навичок.

І дуже часто традиційна аудиторна робота як семінарські заняття стає недостатньою для забезпечення плідного педагогічного процесу. Виникає необхідність упровадження в навчальну роботу новітніх методів навчання та модифікації старих, традиційних педагогічних прийомів. Використання інноваційних технологій у навчанні лікарів - інтернів спрямоване на досягнення тих же цілей, що й традиційні методи навчання. Поряд з цим робиться більш виражений акцент на мотивацію майбутніх лікарів до самонавчання, на формування потреби в них до безперервного навчання в процесі всієї професійної діяльності.

Навчання в інтернатурі істотно відрізняється від підготовки студентів. Це обумовлено менш тривалим періодом навчання, багатоканальністю інформаційних потоків, необхідністю вміти використовувати сучасні інформаційні й телекомунікаційні технології в щоденній професійній роботі [1]. Та й ставлення інтернів до викладача та його професійних якостей є завжди більш критичним, ніж у студентів.

Особливостей викладання курсу «Дерматовенерологія» лікарям-інтернам, які навчаються за спеціальністю «Сімейна медицина», чимало й вони істотно впливають на педагогічний процес. Це, насамперед, дуже короткий термін навчання – усього 5 днів. При цьому короткочасність курсу не відповідає його значній тематичній насиченості. Також, незначний термін навчання на даному курсі породжує й проблеми іншого роду. Так, дерматовенерологічний хворий, як правило, є пацієнтом амбулаторним, і можливість курації тематичних хворих (відповідно до теми запланованого заняття) за такий короткий термін може бути обмеженою. Дуже часто хворі, особливо венерологічного профілю, взагалі відмовляються від спілкування з будь-якою особою, окрім лікуючого лікаря. З одного боку – це їх невід’ємне право, з іншого – наша педагогічна проблема. Ще однією організаційною проблемою навчання сімейних лікарів питанням дерматовенерології є фактичне лімітування педагогічного процесу виключно очним циклом інтернатури. Заочний цикл у багатьох сімейних лікарів-інтернів відбувається в центрах первинної медико-соціальної допомоги, де лікарі-дерматовенерологи в штатному розкладі таких закладів не передбачені [2].

Існують проблеми й суто психологічного характеру. Навчання на коротких циклах за суміжними спеціальностями сприймається деякими сімейними лікарями-інтернами як елемент, який необхідно «пройти», а вже вивчати його зовсім необов'язково. Тому, перед викладачем стоїть складне завдання – за короткий термін викласти досить великий матеріал слухачам, мотивація яких бажає бути кращою. У подібних умовах викладач, у першу чергу, повинен бути колегою, консультантом, старшим товаришем, і тільки після цього виконувати функції контролю та оцінювання.

У Харківському національному медичному університеті викладання курсу «Дерматовенерологія» сімейним лікарям-інтернам відбувається на кафедрі загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб, що дозволяє акцентувати окремі моменти дерматовенерологічної патології в аспекті

кваліфікаційних характеристик сімейного лікаря та практичних потреб сімейної медицини.

Дерматовенерологія – дисципліна надзвичайно «ілюстративна» і, досить часто, візуальний образ в очах лікаря значить більше, ніж результат аналізу. Як студенти на заняттях, так і лікарі вищих кваліфікаційних категорій у своїй практичній діяльності нерідко використовують спеціальні атласи та альбоми. Особливістю всіх виданих типографським способом ілюстративних видань є «схоплювання» патологічного процесу на піку його «візуальної» активності. Через це згладжені форми шкірних проявів нерідко залишаються неідентифікованими, а то й зовсім непоміченими. Також не завжди повно в цих виданнях відбивається «в картинках» динаміка захворювання під час лікування.

У своїй педагогічній роботі ми користуємося як готовими виданнями, так і формуємо власний банк ілюстративного матеріалу. Широка доступність сучасного цифрового фото- та відеоустаткування з високою роздільною здатністю, простота його використання, можливість щоденного (а за необхідністю й погодинного) контролю перебігу хвороби, відсутність істотних труднощів з графічною обробкою отриманих матеріалів дозволяють формувати якісний навчальний продукт. Інтерни беруть активну участь у створенні та поповненні банку фото- і відеоматеріалів. Сучасні можливості телекомунікативних систем дозволяють інтернам, що знаходяться на заочній формі навчання, брати участь у формуванні вищевказаних банків у час, який «виходить» за межі годин, відведених для курсу. Подібна робота є важливим елементом активного залучення інтернів у педагогічний процес, методом формування мотивації до самонавчання. Безумовно, що ніяка фотографія та/або відеофільм не можуть повною мірою замінити спілкування з хворим. Тим не менш, у педагогічному процесі електронні візуальні форми чудово доповнюють традиційні методи навчання клінічних дисциплін.

Як один із завершальних компонентів навчання майбутніх сімейних лікарів з курсу «Дерматовенерологія» раніше традиційно використовували написання реферату. Однак, в останні роки творчий процес обробки наукової інформації перетворився на скачування готового продукту з Інтернету. Ми відмовилися від традиційного «паперового» реферування інформації як від непродуктивного (а часом і контрпродуктивного) методу, замінивши його створенням ілюстрованих ppt-презентацій з їх представленням на завершальному занятті, а кращих робіт – і на науково-практичній конференції інтернів. При цьому в педагогічний процес повернувся елемент творчості при компіляції матеріалу, а виступи інтернів перетворюються в тренування їх ораторських здібностей у спробі викласти й донести до аудиторії свої думки. З'явилася й змагальна складова, яка полягає в прагненні зробити свою презентацію найбільш яскравою, барвистою, інформаційно насиченою.

Таким чином, використання інноваційних та модифікованих традиційних методів і технологій при підготовці сімейних лікарів-інтернів з курсу «Дерматовенерологія» зберігає кращі традиції вищої медичної освіти й на-

сичує процес навчання дослідницьким змістом. Формування необхідного пулу дерматовенерологічних знань і навичок дозволить сімейному лікарю здійснювати правильний вибір лікувально-діагностичної тактики в тих чи інших клінічних ситуаціях. У кінцевому підсумку це призведе до формування сучасного різнобічно освіченого інтелігентного лікаря, здатного до безперервної освіти, критичного сприйняття медичних інновацій, їх творчої інтерпретації у свою професійну діяльність.

Література

1. Нагорная Н.В. Об опыте оптимизации обучения педиатров в интернатуре / Н.В. Нагорная, М.П. Лимаренко, Г.И. Баешко, В.Н. Соколов // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3 (12). – С. 122–124.

2. Наказ МОЗ України від 21.08.2014 № 585 "Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів" /

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140821_0585.html

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Тучкина И.А., Демиденко А.Д., Выговская Л.А., Благовещенский Е.В.

Система последипломного образования врачей-интернов претерпевает сегодня большие перемены. Это связано в первую очередь с изменением самого подхода к оказанию акушерской помощи. В систему здравоохранения внедрен перинатальный подход оказания акушерской помощи. Это вылилось в формирование в городе Харькове трех перинатальных центров:

1. Региональный перинатальный центр, в котором сосредотачиваются беременные с экстрагенитальной патологией и юные беременные со всех районов Харьковской области.

2. Областной перинатальный центр, который обслуживает беременных, проживающих в области и нуждающихся в медицинской помощи в стационарах III уровня аккредитации.

3. Городской перинатальный центр, в который поступают тяжелые беременные и роженицы со всего города Харькова.

Контингент пациентов в этих центрах крайне разнообразный, но в большинстве своем туда попадают очень необычные и тяжелые больные. А большая часть интернов акушеров-гинекологов сосредоточена на прохождении заочных циклов обучения именно в этих учреждениях. Поэтому перед кафедрой стоит первостепенная задача углубленного изучения предмета с учетом современных технологий обучения для формирования клинического мышления и более глубоких теоретических знаний акушерства и гинекологии, чем те которые были получены молодыми специалистами за время обучения в медицинском университете.

Для решения этих задач кафедрой заключены договора с «Областной детской клинической больницей № 1» и центром репродукции человека «Сана-мед». Эти шаги были предприняты для более подробного изучения интернами проблем репродукции человека, а также детской и подростковой гинекологии.

Ежедневные занятия с интернами в учебном классе сочетаются с обязательной работой у постели больного. Учебный процесс построен не только на опросах и объяснении темы занятия, но и на игровой форме обучения. На кафедре проводятся дискуссионные клубы, где интерны под руководством преподавателя разбирают аспекты наиболее сложных тем и обсуждают интересные клинические случаи.

Каждый врач-интерн занимается научной работой. Врачи-интерны выступают с устными и стендовыми докладами на различных научно-практических конференциях, публикуют статьи в отечественных и международных изданиях.

В процессе обучения все врачи-интерны тестируются с помощью компьютерных программ, которые есть в наличии на кафедре. Это позволяет преподавателям выявлять наиболее слабые участки знаний предмета и акцентировать на них внимание в ходе дальнейших теоретических и семинарских занятий.

Постоянный контакт с руководителями интернов на заочных базах позволяет преподавателям кафедры своевременно реагировать на необходимость углубленного изучения различных актуальных тем акушерства и гинекологии. В рамках контакта с заочными базами сотрудники кафедры проводят выездные конференции с врачами-интернами, которые обучаются на заочных базах, контролируют выполнение плана заочного обучения, помогают решать накопившиеся у интернов проблемы.

Врачи-интерны совместно с преподавателями проводят телемосты с отечественными и зарубежными университетами. Состоялись телемосты с Казахским национальным медицинским университетом, медицинским университетом Софии (Болгария) и Черновицким медицинским университетом, на которых обсуждались актуальные вопросы акушерства и гинекологии и детской гинекологии.

Постоянная работа по внедрению инновационных методов образования врачей-интернов на кафедре акушерства, гинекологии и детской гинекологии направлена на активизацию процесса обучения молодых специалистов, популяризацию предмета, формированию у них клинического мышления, выработке навыков общения с пациентками, с учетом новых принципов взаимоотношения врача и пациента, а также ознакомление будущих врачей с этическими и законодательными документами украинского и международного значения, регламентирующими различные аспекты медицинской деятельности.

ІНТЕГРОВАНЕ ЗАНЯТТЯ ЯК ПІДГРУНТЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Хижняк А.А., Соколов А.С., Науменко В.А.

Педагогічним працівникам, які забезпечують навчання лікарів-інтернів, постійно вирішують питання поліпшення навчання майбутніх лікарів, відпрацьовування професійних умінь, формування клінічного мислення та готовності до самостійної роботи в складних умовах сучасності.

Формування в лікарів-інтернів здатності до виконання певних функціональних обов'язків у сфері надання екстренної та невідкладної допомоги (ЕНМД) є результатом удосконалення кваліфікації, а якість процесу навчання залежить від майстерності та досвідченості керівників інтернатури.

Вимоги ринку праці до кваліфікації працівника диктують нові підходи до формування змісту освіти. Для забезпечення ефективності навчального процесу та досягнення високих результатів підготовки лікар-інтерн має взаємодіяти з викладачем та іншими слухачами, активно включатися до обговорення складних та проблемних питань, бути відкритим до нововведень, застосування новітніх методик викладання. В умовах традиційних форм і методів навчання, лікарі-інтерни, пасивно отримуючи знання, не можуть швидко застосувати їх у реальних умовах. Традиційні форми навчання (лекції, семінарські та практичні заняття) забезпечують формування необхідної бази знань та вмінь лікаря, але післядипломний етап навчання, який передбачає глибоке осмислення набутих знань, потребує нових ефективних педагогічних прийомів, спрямованих, зокрема, на самостійну роботу інтернів та розвиток їх творчого мислення. Така ситуація вимагає перегляду існуючих форм організації навчального процесу, зокрема застосування інтегрованих занять з питань ЕНМД. Пошуки відповіді на запитання «як вчити результативно?» постійно турбує викладачів, спонукає їх шукати нові цікаві та ефективні методи викладання, використовувати новітні педагогічні технології.

Прагнення активізувати та інтенсифікувати процес навчання змусило нас звернутися до такого типу заняття, як інтегроване. (Інтеграція – це глибоке взаємопроникнення, злиття, наскільки це можливо, в одному навчальному матеріалі узагальнених знань у тій або іншій галузі). Інтеграція знань – одна з ефективних форм пізнавального процесу. Вона активізує навчально-пізнавальну діяльність майбутніх лікарів, забезпечує можливість учитися самостійно, працювати з додатковими джерелами інформації, широко використовувати освітні ресурси Інтернету. Зараз проблемі інтеграції приділяють велику увагу. Інтеграція – це не лише особлива комбінація навчального матеріалу, а й спосіб організації навчальної діяльності, який передбачає таке:

- аналіз навчального матеріалу з різних позицій;
- виділення головного;
- робота з уже відомим у новому аспекті;
- виконання навчальних завдань.

Інтеграція дозволяє створити під час заняття атмосферу співпраці. Думки можуть бути суперечливими, але кожна думку враховують усі, навіть ті, хто з нею не згоден. Це повинно стати однією із стратегічних цілей викладача.

Інтеграція виконує низку функцій :

- метоологічну – формування в лікаря-інтерна сучасних уявлень про міждисциплінарну інтеграцію;
- освітню – формування в слухачів таких якостей знань, як системність, глибина, обізнаність і гнучкість;

- розвиваючу – формування пізнавальної активності, подолання інертності мислення, розширення кругозору;
- виховну – формування наукового кругозору;
- конструктивну – удосконалення змісту навчального матеріалу, методів і форм організації навчання.

Комплексність подачі нового матеріалу розширює межі заняття, перетворює інтеграцію на процес, що об'єднує навчання й розвиток. У першу чергу, це інтенсифікація пізнавального інтересу й процесу формування загальноосвітніх умінь і навичок.

Мета інтегрованого навчання в тому й полягає, щоб навчити лікаря бачити весь програмний матеріал цілісним і вільно орієнтуватися в ньому. Усі навчальні теми мають своєрідний інтеграційний потенціал, але їх здатність з'єднуватися, ефективність інтеграції залежать від багатьох умов, які необхідно враховувати під час планування заняття. Передусім необхідно проаналізувати базовий рівень підготовленості лікарів-інтернів. Труднощі, що зустрічаються в початковій діяльності, можуть бути однією з причин необхідності використання методу інтеграції. Як показує педагогічний досвід, успішне засвоєння слухачами однієї теми залежить від наявності в них певних знань і умінь іншої теми. Педагогічна й методична технологія інтегрованих занять може бути різноманітною, але в будь-якому випадку потрібне їх моделювання. Самостійний пошук нових оптимальних схем-моделей – прояв творчої активності викладача.

Інтегроване заняття вимагає від викладача додаткової підготовки, певної ерудиції, високого професіоналізму. Розробляючи таке заняття, викладач повинен враховувати моменти:

- мету заняття (це може бути необхідність скорочення термінів вивчення теми, ліквідації пропусків у знаннях слухачів, перерозподіл пріоритетів і так далі);
- відбір об'єктів, тобто джерел інформації, що відповідають цілям заняття;
- визначення системоутворюючого чинника, тобто знахідки основи для об'єднання різнопредметної інформації (ідея, явище, поняття або предмет);
- переробку змісту (руйнування старих форм, створення нових зав'язків між окремими елементами системи).

Інтегроване заняття дозволяє виконати ряд завдань, які складно реалізувати в межах традиційних підходів:

1. Підвищення мотивації навчальної діяльності завдяки нестандартній формі заняття (це незвичайно, але дуже цікаво). Використання різних видів роботи підтримує зацікавленість лікарів-інтернів на високому рівні, що дозволяє говорити про розвиваючу ефективність таких занять. Вони знімають стомлюваність і перенапруження всіх учасників педагогічного процесу завдяки перемиканню на різні види діяльності, значно підвищують пізнавальний інтерес, розвивають уявлення, увагу, мислення, пам'ять.

2. Розгляд понять, що використовуються в різних предметних галузях.

3. Організація цілеспрямованої роботи на розвиток клінічного мислення та творчої діяльності: порівняння, узагальнення, класифікація, аналіз, можливості застосування на практиці й так далі.

Таким чином, утілення в організаційно-навчальний процес підготовки лікарів-інтернів інтегрованих занять допомагає ефективно засвоювати навчальний матеріал професійного спрямування, розвивати комунікаційні вміння, підвищувати мотивацію до вивчення проблеми, сприяє розвитку клінічного мислення.

Література

1. Кульневич С.В., Лакоценина Т.Т. «Аналіз сучасного уроку».
2. Нісімчук А.С., Падалка О.С., Шпак О.Т. Сучасні педагогічні технології: Навчальний посібник. – К.: Видавничий центр «Просвіта», 2000. – 368 с.
3. Пометун О.І. Енциклопедія інтерактивного навчання. – К., 2007. – 144 с.

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА – ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ ПІДГОТОВКИ У МАГІСТРАТУРІ

Хижняк А.А., Дубівська С.С., Кудінова О.В.

Магістр – це освітньо-кваліфікаційний рівень вищої освіти особистості, яка на основі освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліста здобула повну вищу освіту, спеціальні вміння та знання, достатні для виконання професійних завдань та обов'язків певного рівня професійної діяльності.

Підготовка магістрів медицини проводиться одночасно з підготовкою спеціалістів з певного лікарського фаху в інтернатурі та спрямована на поглиблену спеціальну, науково-дослідну та педагогічну підготовку фахівця з цієї ж лікарської спеціальності, згідно з переліком лікарських спеціальностей, затверджених відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України.

Сучасна соціально-економічна ситуація вимагає принципово нових підходів до професійної підготовки фахівців вищого навчального закладу. Визначальними тенденціями розвитку світової освітньої системи стають: її фундаменталізація, посилення професійної спрямованості, духовної та загальнокультурної складової освіти, формування в магістрантів системного підходу до аналізу складних професійних і соціальних ситуацій, стратегічного мислення, розвиток соціальної та професійної мобільності. Необхідність підтримання високої конкурентоспроможності на динамічному ринку праці вимагає набуття професійних компетенцій особистості, здатної продуктивно діяти в різноманітних життєвих ситуаціях.

Підготовка магістра здійснюється на основі освітньо-професійної програми, яка забезпечує одночасне здобуття повної вищої освіти за спеціальністю та кваліфікацією. Освітньо-професійна програма підготовки магістра включає поглиблену фундаментальну, гуманітарну, соціально-економічну, психолого-педагогічну, спеціальну та науково-практичну підготовку.

Постійні трансформації сьогодення в життєдіяльності людей, підкреслили необхідність забезпечення відповідної підготовки фахівців високого

рівня. Підготовка фахівців вищого рівня складається з багатьох компонентів: рівень освіти, наявність професійних навичок і вмінь, моральних якостей. Під час підготовки у магістратурі слід звернути увагу на формування професійної етики.

Актуальність етичних аспектів професійної діяльності майбутніх науково-педагогічних кадрів навчальних закладів, що зосереджуються навколо проблеми професійної моралі, для сьогодення зумовлена зростанням потреб суспільства у високоетичних фахівцях, здатних не лише до успішного виконання трудових завдань, але й до побудови відносин належного морального рівня, до усвідомлення морального значення професії, власного місця в ній. Значення окресленого питання посилюється відповідно до поширення гуманістичних тенденцій в освіті, демократизації трудових відносин.

Ступінь магістра фіксує освітній рівень, спрямованість отриманої освіти на науково-дослідну й науково-педагогічну діяльність, наявність умінь і навичок, необхідних науковцю-викладачу. Випускник магістратури, який опанував основну освітню програму, – широко ерудований фахівець з фундаментальною науковою підготовкою, що володіє методологією наукової та педагогічної творчості, сучасними інформаційними технологіями, підготовлений до наукової та педагогічної роботи.

На сьогодні, зважаючи на світові тенденції, пріоритетне місце в суспільстві відведено якості освіти. Завдяки освіті прогресують у своєму розвитку інші показники якості життя людини. Серед головних ланок підвищення ефективності підготовки кадрів для вищої школи має бути покращення професійного рівня студентів, шляхом навчання в магістратурі. Це, в свою чергу, спрямує майбутнього фахівця до творчої праці, поліпшить освоєння та впровадження у роботі новітніх технологій, сформує науковий світогляд.

Головними вимогами до викладачів, які готують магістра, повинна стати педагогічна виразність та творчий підхід на тлі майстерного викладання, можливість спрямовувати діяльність студента. Викладач під час навчання повинен, за допомогою педагогічної спостережливості, визначати студентів з професійними здібностями.

Між тим, діяльність викладача вищої школи вимагає сформованості й нього загальнолюдських і національних цінностей, наявності певних особистісних якостей, життєвого ідеалу, що, без сумніву, сприяє підвищенню їх конкурентоспроможності.

Таким чином, можливо відокремити головні напрямки в поліпшенні підготовки магістра, це, по-перше, спрямувати діяльність студента та визначити його професійні здібності, по-друге, формування професійної етики під час підготовки магістра та спроможність викладача під час підготовки магістра сформувати конкурентоспроможного фахівця.

Література

1. Вітвицька С.С. Системно-історичний аналіз етапів становлення магістратури в Україні та Росії // www/studentam.net.ua.

2. Завгородня Т.К. Засвоєння цінностей студентом магістратури – умова його становлення як викладача ВНЗ // Педагогічний Альманах. – 2011. – Вип. 9. – С. 76–80

3. Капто А.С. Профессиональная этика // под. редакцией А.С. Капто. – М.-Ростов н/Д.: Изд-во СКАГС, 2006. – 798 с.

4. Москаленко А.М. Формування професійної етики майбутніх управлінців навчальних закладів в умовах магістратури // Витоки педагогічної майстерності. Збірник наукових праць. – Полтава, 2011.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА КАФЕДРІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

Чумаченко Т.О., Романенко Т.А., Семішев В.І.

Одним із пріоритетних напрямків реформування системи охорони здоров'я України є реформування первинної ланки медичної допомоги, тобто створення інституту сімейних лікарів [1, 2]. В сучасний період розвитку суспільства існують суттєві загрози для здоров'я людини, з'являються ризики виникнення та розповсюдження патологічних станів, серед яких певне місце посідають інфекційні хвороби [3, 4]. Отже, актуальним напрямом професійної діяльності лікаря первинної ланки охорони здоров'я є не тільки надання якісної медичної допомоги, а й профілактика захворювань та збереження здоров'я населення. Саме від кваліфікації сімейного лікаря, його знань, вмінь, залежить здатність лікаря діагностувати інфекцію, розпізнати ускладнення епідемічної ситуації, вибрати оптимальні заходи щодо попередження розповсюдження заразних хвороб та забезпечення епідемічного благополуччя населення на території обслуговування. Тому важливим завданням вищої медичної школи є якісна підготовка в інтернатурі сімейних лікарів, суттєвою складовою якої є навчання інтернів вмінню використовувати знання законів епідеміології в повсякденній роботі лікаря та створення умов для опанування практичних навичок щодо організації та проведення профілактичних та протиепідемічних заходів як в епідемічних осередках, так і на інших об'єктах.

Слід враховувати, що на додипломному етапі навчання програма з епідеміології викладається на 5-му курсі медичного факультету дуже стисло (45 аудиторних годин) [5], що створює певні труднощі у формуванні епідеміологічного мислення, тобто мислення, яке спрямоване на збереження здоров'я усього населення, а не тільки окремого індивідуума.

Метою роботи було розробка шляхів підвищення ефективності навчання лікарів-інтернів зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» на кафедрі епідеміології.

Вивчення епідеміології як суміжної дисципліни лікарями-інтернами зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» передбачено Типовим навчальним планом та програмою спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», згідно з яким епідеміологія як предмет вивчається впродовж 6 аудиторних годин за темами 14.01

«Сучасний епідемічний процес і тенденції його еволюції» та 14.02 «Епідеміологія найбільш розповсюджених інфекційних хвороб». З урахуванням невеликої кількості навчальних годин, відведених на вивчення питань епідеміології, перед викладачем ставиться складна задача стисло викласти необхідний матеріал та надати можливість опанувати необхідні для практичної роботи навички. На кафедрі епідеміології Харківського національного медичного університету створені відповідні умови для організації та методичного забезпечення навчального процесу.

Організаційна структура проведення практичного заняття з епідеміології має декілька послідовних етапів: визначення рівня підготовки лікарів-інтернів до заняття та корекція їх теоретичних знань, самостійна робота, аналіз і корекція самостійної роботи, оцінка кінцевого рівня знань шляхом проведення тестового контролю, підведення підсумків роботи та оцінювання теоретичних знань та практичних навичок.

Визначення рівня підготовки лікарів-інтернів до заняття передбачає обговорення теоретичних питань, передбачених програмою, на основі яких можливе виконання цільових видів професійної діяльності, а саме: інтерпретування причин виникнення та закономірностей розвитку епідемічного процесу, вивчення основних нормативних документів в області епідеміології; проведення епідеміологічного обстеження осередку інфекційної хвороби та епідемічного спалаху й розроблення заходів щодо їх ліквідації; аналіз епідемічного стану території та населення, планування відповідних заходів і організація їх виконання; демонстрація обізнаності щодо інфекційних хвороб як зброї масового ураження.

Самостійна робота інтернів передбачає розв'язання ситуаційних задач та вирішення кейсів, які є моделлю певної епідемічної ситуації, яка може виникнути під час практичної роботи сімейного лікаря. Навчальна діяльність інтернів мотивована підготовкою до самостійної професійної діяльності. Вони мають нагоду ознайомитися зі змістом сучасних діючих директивних документів та відпрацювати навички їх використання у певній конкретній ситуації. На даному етапі роль викладача зводиться до надання індивідуальної консультативної допомоги в процесі контролю за ходом розв'язання задач та кейсів. На останньому етапі кожна типова задача, яка розв'язана індивідуально окремим інтерном, обговорюється групою з визначенням недоліків та корекцією відповідей. Кейси вирішуються групою студентів. Таким чином, створюється еталон відповіді та здійснюється вироблення уніфікованого підходу до виконання тих видів діяльності, що є найбільш важливими для майбутнього фахівця.

Наступним етапом в організації навчального процесу є вирішення індивідуальних варіантів завдань для тестового контролю теоретичного рівня знань інтернів формату А. Підведення підсумків заняття передбачає заключне слово викладача, в якому він фіксує увагу інтернів на найбільш значимих питаннях профілактичної та протиепідемічної роботи сімейного лікаря та необхідності постійного удосконалення отриманих знань з епідеміології.

Оцінювання роботи лікаря-інтерна за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на суміжному циклі «епідеміологія» проводиться за такими критеріями: оцінка рівня теоретичної підготовки (бали за тести кінцевого контролю рівня знань) та визначення рівня опанування практичних навичок шляхом самостійного рішення ситуаційних задач (вміння правильно оцінити епідемічну ситуацію на території обслуговування та встановити її причини; скласти план первинних протиепідемічних заходів з ліквідації осередку інфекційної хвороби; визначити основні заходи профілактики грипу, інфекцій, що контролюються засобами імунпрофілактики, природно осередкових та інших актуальних інфекцій; вміння правильно оформляти медичну документацію).

Висновки. Організаційно-методичні підходи до підготовки лікарів-інтернів спеціальності «Загальна практика - сімейна медицина», які впроваджені на кафедрі епідеміології Харківського національного медичного університету, сприяють якісній підготовці лікарів загальної практики з питань епідеміології та освоєнню цільових видів професійної діяльності в умовах обмеженої кількості навчальних годин. Перспективним є збільшення кількості навчальних годин та включення до робочої програми підготовки спеціалістів цього профілю актуальних питань використання епідеміологічного методу дослідження в клінічній медицині, та організації профілактичних та протиепідемічних заходів в умовах надзвичайних станів мирного та воєнного часу.

Література

1. Про науковий супровід пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г.О. Слабкий, В.В. Євтушенко, В.А. Русняк // Сімейна медицина. – 2013. – № 4. – С. 174–176.
2. World health report 2010: Health systems financing - the path to universal coverage WHO, Geneva, Switzerland, 2010. – 106 с.
3. The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever) – WHO, Geneva, Switzerland, 2008. - 119 p.
4. World Health Organization. The world health report 2007 : a safer future : global public health security in the 21st century. World Health Organization 1211 Geneva 27, Switzerland, 2007. – 96 p.
5. Програма з навчальної дисципліни «Епідеміологія» для студентів вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації зі спеціальностей 7.12010001 «Лікувальна справа» та 7.12010002 «Педіатрія» (5 рік навчання) напряму підготовки 1201 "Медицина". – К., 2013. – 18 с.

МІСЦЕ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ В НАВЧАННІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Шапкін В.Є.

Сучасній системі первинної медико-санітарної допомоги та її найважливішій ланці – загальній практиці-сімейній медицині необхідні фахівці з творчим підходом до вирішуваних проблем, здатні діяти самостійно, опе-

ративно приймати грамотні рішення. І саме самостійна робота сімейних лікарів-інтернів спрямована на систематичне виховання цих якостей у процесі навчання.

Особливістю професійної діяльності сімейного лікаря є співпраця з великою кількістю людей, місця проживання яких зазвичай територіально віддалені. Тому такі риси характеру, як самостійність, активність та ініціативність повинні допомогти сімейним лікарям в організації своєї роботи й поліпшенні результатів своєї праці. Ще однією відмінною рисою загальної практики є «поліпрофільність» сімейного лікаря, необхідність знання головних аспектів основних розділів медицини для успішного здійснення своєї роботи. З цього випливає, що готовність сімейного лікаря до самоосвіти в сучасних нестабільних соціальних умовах, коли фахівець повинен бути конкурентоспроможним, особливо необхідна. Самостійна робота формує навички самоосвіти, що має стати важливим адаптаційним механізмом в майбутній роботі лікаря.

Час, відведений для СРС, має становити не менше однієї третини й не більше двох третин від загального обсягу часу, відведеного на вивчення дисципліни, і в навчальній роботі викладача не враховується [1].

Керування самостійною роботою викладачем полягає в організації процесу, який дозволив би лікарям-інтернам в процесі виконання завдань розширити знання, отримані на аудиторних заняттях, розвинути навички самоосвіти, виробити ініціативність, сформувані клінічне та наукове мислення.

Серед різних складових самостійної роботи [2] при вивченні сімейної медицини можуть використовуватися як класичні технології, так і інноваційні:

1. Робота лікарів-інтернів із заданою науковою та навчально-методичною літературою, яка висвітлює основні сторони первинної медико-санітарної допомоги, особливості діяльності сімейного лікаря. Література відбирається викладачем з урахуванням її актуальності та доступності на основі списку рекомендованої літератури навчальної програми. Слід зазначити необхідність створення та оновлення методичних матеріалів, розроблених спеціально для самостійної роботи. У зв'язку з великим обсягом інформації слід рекомендувати вивчення матеріалу відповідно до заданих алгоритмів. Цей вид роботи дозволяє інтернам опанувати значну кількість фактичного матеріалу, але істотно не сприяє формуванню активного клінічного мислення.

2. Розбір клінічних завдань з різних розділів сімейної медицини. Найбільший інтерес представляють завдання без варіантів відповідей, так як вони більшою мірою сприяють розвитку клінічного мислення.

3. Особливий інтерес для вивчення сімейної медицини представляє такий вид самостійної роботи, як участь лікарів-інтернів у лікувальній та діагностичній роботі. Цей вид роботи дає інтернам можливість безпосереднього вивчення практичної роботи лікаря, але в той же час вимагає наявності розвиненої системи клінічних баз.

Перші два види самостійної роботи є найбільш добре відпрацьованими на сьогодні. Другий вид роботи органічно доповнює перший вид і особливо зручний для оцінювання самостійної роботи. Вони разом складають базис самостійної роботи. На відміну від теоретичної спрямованості попередніх, третій вид вносить практичну складову в самостійну роботу, перетворюючи її на самодостатню систему з точки зору кінцевих цілей вищої медичної освіти.

Для контролю та оцінювання самостійної роботи можна використовувати теоретичні питання, клінічні задачі, демонстрацію інтернами практичних навичок.

Додатковими видами самостійної роботи при вивченні сімейної медицини можуть бути:

1. Складання інтернами клінічних завдань із заданої викладачем тематики.

2. Спорідненим видом самостійної роботи є систематизація отриманих знань шляхом складання таблиць, схем та алгоритмів роботи.

3. Пошукова робота лікарів-інтернів з певних тем, які належать до перспективних сторін сімейної медицини. При цьому викладач визначає тільки загальну тематику (з урахуванням інтересу інтерна до даної проблеми). Пошук проводиться інтерном з використанням медичної періодичної літератури, матеріалів наукових симпозіумів, on-line джерел.

Останні три види самостійної роботи вимагають від інтернів не тільки певного клінічного базису, а й уміння переробляти інформацію. Фактично - це елементи наукової роботи. У порівнянні з попередніми базисними різновидами самостійної роботи, такі види спрямовані на вироблення в майбутніх фахівців ініціативності у вирішенні професійних завдань, розвитку творчих здібностей, формування наукового мислення. Не дивлячись на велику трудомісткість, вони більшою мірою сприяють виробленню клінічного мислення. Тому їх елементи слід включати в самостійну роботу всіх інтернів, які вивчають сімейну медицину.

Отже, гнучке використання самостійної роботи дозволить поліпшити викладання сімейної медицини, розвинути в лікарів-інтернів навички самоосвіти, виробити ініціативність, сформувати клінічне мислення.

Окремі елементи даної роботи створюють додаткову можливість поглиблено вивчати предмет інтернам, які мають здібності до наукової та педагогічної роботи, які зможуть продовжити свою подальшу освіту в магістратурі.

Література

1. Гончаров С.М., Гурін В.А. Кредитно-модульна система організації навчального процесу: методичні аспекти: Монографія. – Рівне: НУВГП, 2008. – 626 с.

2. Ходжаян А.Б., Агранович Н.В. Особенности организации эффективной самообразовательной деятельности студентов в медицинском ВУЗе / Фундаментальные исследования. – 2011. – № 11 (часть 1). – С. 149–153.

ЗНАЧЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК НА КАФЕДРІ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТІВ

*Шелест О.М., Кожин М.І., Ломакіна О.В., Рундіна Н.Г.,
Шушляпін О.І., Сидоров О.П.*

Постановка проблеми

Основними завданнями, які стоять перед кафедрою внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології, є підвищення якості підготовки інтернів-терапевтів та здатності до самостійної лікарської діяльності в контексті Болонського процесу.

Аналіз матеріалів публікацій, на які спираються автори

Публікація матеріалів цієї роботи здійснена на основі методично-навчальних конференцій, збірників наукових праць та матеріалів наукових форумів.

Формулювання цілей та постановка завдання

Основними завданнями під час навчання в інтернатурі є набуття знань, професійних умінь та навичок лікаря-терапевта за фахом „Внутрішні хвороби”.

На кафедрі розроблено робочі програми навчання в інтернатурі наближені до праці лікарів-інтернів на базі 27-ої клінічної лікарні (відділення терапії, кардіології, неврології з кабінетами гастроентерології, функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком реанімації, алергологічного відділення з лабораторією з тестування алергенів та проведення алергологічних проб, поліклінічного відділення з обслуговування хворих Київського району м. Харкова).

Виклад основного матеріалу

Підготовка лікарів-інтернів за фахом «Терапія» – складний процес, який необхідно безперервно удосконалювати, розвивати й актуалізувати, доводячи його до рівня міжнародних стандартів. Багаторічний досвід навчання (більш ніж 30 років) лікарів-інтернів на кафедрі госпітальної терапії, а нині кафедрі внутрішньої медицини № 2 й клінічної імунології та алергології свідчить про важливу роль науково-дослідної роботи в оптимізації післядипломної підготовки лікарів-інтернів [1].

Кафедра розміщується на базі 27-ї міської клінічної лікарні, яка має такі відділення: спеціалізоване відділення кардіології, інфарктне відділення з блоком інтенсивної терапії, алергології (міський алергологічний центр), терапевтичне з кабінетом гастроскопії і рентген-кабінетом, а також неврологічне відділення. Багатопрофільність лікарні розширює можливості виконання науково-дослідної роботи всіма інтернами, що є обов'язковою умовою в навчанні лікарів-інтернів.

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології протягом останніх 10-ти років від дня її реорганізації (2004 рік) бере участь у підготовці лікарів-терапевтів, магістрів, кандидатів і докторів медичних наук (зав. каф. д.мед.н., проф., акад. АН вищої освіти України, Заслужений діяч науки і техніки П.Г. Кравчун). На базі 27-ї міської клінічної лікарні (головний лікар, канд. мед. наук, доц. О.В. Ломакіна) здійснюється післядипломна практика лікарів інтернів-терапевтів.

З початку навчального року лікар-інтерн під керівництвом колективу викладачів обирає собі тему наукової роботи. Протягом року лікар-інтерн готує літературний огляд з обраної теми й добирає контингент хворих, аналізуючи особливості діагностики, клініки й перебіг захворювання, а також має можливість проведення диференційного діагнозу, урахувавши лабораторні й інструментальні дослідження у відібраних хворих.

Сучасна лікувальна практика характеризується появою великої кількості нових лікарських засобів, вимагаючи проведення адекватної медикаментозної терапії на основі вибору препаратів залежно від їх фармакодинаміки, фармакокінетики, сумісності лікарських препаратів з урахуванням знань їх побічних дій [2].

Так, у гастроентерологічному кабінеті зростає кількість морфологічних досліджень, які сприяють поліпшенню клінічної діагностики, що диктує необхідність розроблення методів об'єктивного гістологічного висновку. Для цього в ході дослідження гастроентерологи терапевтичного відділення (зав. відділення гастроентерологічного кабінету О.М. Бойко) припускають впровадження в практичну діяльність алгоритмізації дослідження біопсій слизової оболонки шлунка.

Алгоритм – це точний розподіл поетапного виявлення морфологічних змін з проведенням діагностики в певній послідовності, що забезпечує достовірну верифікацію патологічного процесу. Самим алгоритмом є перелік всіх найбільш важливих і таких, що часто зустрічаються в слизовій оболонці при хронічному гастриті, змін, на які необхідно звернути увагу й провести оцінку їх сукупності, що дозволяє дійти того або іншого висновку. Для цього оцінюються такі показники, як товщина слизової оболонки, співвідношення шарів її з характеристикою строми й числа лімфоїдних фолікулів, запальної інфільтрації, ерозій, наявність і ступінь поширення *Helicobacter pylori* тощо. Алгоритми дозволяють привести в пряму систему численні морфологічні прояви захворювання, сприяючи в процесі навчання точному й об'єктивному формулюванню гастроентерологічного захворювання в лікарів-інтернів [3].

Важливим завданням на сьогодні є підвищення ефективності і якості кафедральних науково-дослідних робіт, що виконуються, і прискорення впровадження отриманих наукових розробок в практичну охорону здоров'я. Одним з порівняно простих і ефективних методів є впровадження через навчальний процес, що реалізовується через спільні конференції інтернів із співробітниками відділень лікарень міста й області [4].

При проведенні післядипломного навчання важливо інформувати лікарів-інтернів про науковий напрям кафедри, її досягнення, ефективність наукових розробок. Ефективність впровадження наукових розробок кафедри через навчальний процес сприяє підвищенню рейтингу кафедри, її викладачів і керівника [5].

На нашій кафедрі розробляються плани науково-дослідної роботи з урахуванням принципів активності, самостійності й творчого підходу до кожного лікаря-інтерна: усі лікарі-інтерни виконують фрагменти науково-

дослідної роботи кафедри й на основі власного аналізу цих досліджень вони активно беруть участь у щорічних науково-практичних конференціях лікарів-інтернів міста й області.

Проведення на кафедрі аналізу отриманих під час навчання інтернів дослідницьких навичок є найліпшою фазою формування самостійного клінічного мислення лікаря-інтерна, а індивідуальний підхід до кожного інтерна дає можливість розробляти конкретні кроки для поглиблення теоретичних аспектів пізнання, а також закріплення й опанування ними нових практичних умінь і навичок за фахом «Терапія».

Література

1. Звягинцева Т.Д., Дейнеко Н.Ф., Мирзоева Л.А., Шаргород И.И., Чернобай А.И., Сергиенко Е.И., Дергачева А.В. О повышении эффективности подготовки гастроэнтерологов в системе последипломного образования врача // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, яка присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків, 2003. – С. 118–119.

2. Ивахненко Р.И., Власенко М.А., Кочуева М.А., Чучелина О.А. Дидактические аспекты контроля знаний врачей-интернов // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, яка присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків, 2003. – С. 125.

3. Малий Л.П., Полукчи О.К., Швайченко А.О., Нартов П.В., Волобуєв Б.М. Про методику клінічного розбору інфекційних хворих при проходженні післядипломної підготовки // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, яка присвячена 80-річниці ХМАПО. – Харків, 2003. – С. 189–190.

4. Могильний В.А., Портус Р.М. Засоби розвитку мислення при навчанні лікарів-інтернів // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція, яка присвячена 80-й річниці ХМАПО. – Харків, 2003. – С. 206–207.

Мокія С.А., Холошина Т.В. Инновационное энергоинформационное мировоззрение в формировании творческой личности врача на этапе последипломного образования // Сборник научных трудов «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики». – Запоріжжя, 2007. – Вип. XVIII. – С. 208–209.

ЗМІСТ

Лісовий В.М., Капустник В.А., В'юн В.В.

**ПРО СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ3**

Акініна М.М., Кузнєцов С.В.

ЛИХОМАНКИ НЕЗРОЗУМІЛОГО ПОХОДЖЕННЯ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ10

Андруша А.Б.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ.....11**

Бабак О.Я., Молодан В.І., Лапишина К.А.

НАВЧАННЯ В АСПРАНТУРІ: ПОГЛЯД ІЗ СЕРЕДИНИ.....12

Бабак О.Я., Просолєнко К.О., Молодан В.І., Панченко Г.Ю., Супрун С.А.

**ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-КАЛЬКУЛЯТОРІВ
У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХНМУ14**

Бабак О.Я., Молодан В.І., Лапишина К.А., Молодан Д.В.

ІНТЕРНАТУРА НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1.....15

Бездєтко П.А., Зубарєв С.Ф., Панченко Н.В., Савельєва А.Ю., Тарануха О.А.

**УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ОФТАЛЬМОЛОГОВ
ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ20**

Бойко В.В., Макаров В.В., Григоров Ю.Б.

**ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ22**

Бондаренко А.В.

**ТАКТИКА НАДААННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ
З ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНИМ ШОКОМ, ЯКІ ПРИБУЛИ З ЕНДЕМІЧНИХ
ТА ЕПІДЕМІЧНИХ КРАЇН З ХВОРОБОЮ ЕБОЛА25**

В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В.

**ЗАХОДИ З ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК 3» У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....27**

Гонцій О.В., Бизов Д.В.

**ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩІЙ ШКОЛІ31**

Гуйда П.П.

**МОЖЛИВОСТІ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ
ПИТАНЬ РЕВМАТОЛОГІЇ34**

Гуйда П.П.

**ЩОДО ВИКЛАДАННЯ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ
ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ36**

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

**ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»
НА КАФЕДРІ ДЕРМАТОЛОГІЇ, ВЕНЕРОЛОГІЇ ТА СНІДУ» 37**

Журавлев А.С., Лупырь А.В., Яценко М.И., Калашник М.В., Юревич Н.А.,
Шушлятина Н.О., Калашник Ю.М., Дзыза А.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» 40**

Журавльова Л.В., Цівенко О.І., Александрова Н.К., Лопіна Н.А.

**ВПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ДАНИХ
ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №3 42**

Завгородній І.В., Дмуховська Т.М., Сокол К.М., Сидоренко М.О.

**РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я І ЯКІСТЬ ПОТОМСТВА
ЯК БІОЛОГІЧНИЙ МАРКЕР ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ
СЕРЕДОВИЩА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ 44**

Заздравнов А.А.

**СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ ПАЦІЄНТА ПОХИЛОГО ВІКУ,
ХВОРОГО НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ 48**

Залюбовська О.І., Зленко В.В., Литвиненко М.І.

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ
В ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ УСТАНОВАХ РІЗНОГО ПРОФІЛЮ 50**

Залюбовська О.І., Пірятінська Н.Є., Литвиненко М.І.

**ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ЛАБОРАНТІВ
У КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІЙ ЛАБОРАТОРІЇ 53**

Кожина Г.М., Черкасова А.О., Стрельнікова І.М., Зеленська К.О.

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПСИХІАТРІЇ,
НАРКОЛОГІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ХНМУ 57**

Кожина Г.М., Черкасова А.О., Гайчук Л.М.

**ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ В УКРАЇНІ
(на прикладі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ) 58**

Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Могиленець О.І.,

Меркулова Н.Ф., Юрко К.В., Ткаченко В.Г.

СТЕАТОЗ ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С 59

Козько В.М., Граділь Г.І., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Юрко К.В.

**КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ВІЛ/СНІДУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СУМІЖНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ 62**

Кравчун П.Г., Шелест О.М., Добровольська І.М., Шушляпін О.І., Сідоров О.П., Ринчак П.І.

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА ТА АНАЛІТИЧНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ЇХНЬОЇ ПІДГОТОВКИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ТЕРАПІЯ» 64**

<i>Кравчун П.Г., Шелест О.М., Кожин М.І., Ломакіна О.В., Бабаджан В.Д., Шумова Н.В., Шушляпін О.І.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	68
<i>Кравчун П.Г., Шелест О.М., Титова Г.Ю., Шушляпін О.І., Добровольська І.М., Ковальова Ю.О.</i>	
ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ТА МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-ТЕРАПЕВТІВ.....	70
<i>Кравчун П.Г., Шелест О.М., Борзова О.Ю., Шумова Н.В., Ломакіна О.В., Риндіна Н.Г., Шушляпін О.І.</i>	
ПОЄДНАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	73
<i>Криворучко І.А., Колесник В.П., Сивожелізов А.В.,Тесленко С.М., Кожем'яка К.О.</i>	
ВИРОБНИЧА ЛІКАРНЯНА ПРАКТИКА НА БАЗІ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ОДИН ІЗ ЕТАПІВ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ	76
<i>Кузнецов С.В., Кучеренко О.О., Ольховська О.М., Жаркова Т.С., Кучеренко М.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ	78
<i>Лапшин Д.В.</i>	
ПРОБЛЕМА МІЖОСОБИСТІСНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ СТУДЕНТІВ	80
<i>Марковський В.Д., Яковцова А.Ф., Наумова О.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ».....	82
<i>Одинець Ю.В., Саратов В.М., Казанов В.Я., Губар С.О.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ВОЛОДІННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ ІНТЕРНІВ-ПЕДІАТРІВ.....	83
<i>Ольховський В.О., Хижняк В.В.</i>	
НАДБАННЯ ФУНДАТОРІВ УКРАЇНСЬКОЇ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА».....	85
<i>П'ятикоп В.О., В'юн В.В., Кутовий І.О., П'ятикоп І.Б.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-НЕЙРОХІРУРГІВ.....	87
<i>Пасієшвілі Л.М.</i>	
ПЕРЕДУМОВИ ВИКЛАДАННЯ ПРОБЛЕМ ГЕРОНТОЛОГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ.....	90
<i>Пилипенко М.І.</i>	
ПРОБЛЕМА ОНОВЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ РАДІОЛОГІВ В УКРАЇНІ.....	91
<i>Сенаторова Г.С., Гончарь М.О.,Тельнова Л.Г., Іщенко Т.Б., Шипко А.Ф.</i>	
ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК 3 ЗАГАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПІДГОТОВКА» НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ ТА НЕОНАТОЛОГІЇ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....	95

<i>Соколова І.І., Стоян О.Ю., Денисова О.Г.</i> ЗНАЧЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК КАФЕДРИ У ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СТОМАТОЛОГІВ.....	98
<i>Спузяк Р.М., Слабодчиков М.Є.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ПРОМЕНЕВИХ ДІАГНОСТІВ.....	99
<i>Спузяк Р.М., Слабодчиков М.Є.</i> ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ.....	101
<i>Супрун О.В.</i> ВИКОРИСТАННЯ ВІЗУАЛЬНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»	102
<i>Тучкина И.А., Демиденко А.Д., Выговская Л.А., Благовещенский Е.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ	105
<i>Хижняк А.А., Соколов А.С., Науменко В.А.</i> ІНТЕГРОВАНЕ ЗАНЯТТЯ ЯК ПІДРУНТЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ.....	106
<i>Хижняк А.А., Дубівська С.С., Кудінова О.В.</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА – ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ ПІДГОТОВКИ У МАГІСТРАТУРІ.....	109
<i>Чумаченко Т.О., Романенко Т.А., Семішев В.І.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА КАФЕДРІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ	111
<i>Шапкін В.Є.</i> МІСЦЕ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ В НАВЧАННІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	113
<i>Шелест О.М., Кожин М.І., Ломакіна О.В., Риндіна Н.Г., Шушляпін О.І., Сидоров О.П.</i> ЗНАЧЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК НА КАФЕДРІ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТІВ	116

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ
ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Матеріали 41-ї науково-методичної конференції,
присвяченої 210-й річниці
Харківського національного медичного університету

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк.7,75.
Тираж 100 прим. Зам. № 15-3282

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.