

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

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

**МАТЕРІАЛИ 44-ї НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ З ІНТЕРНАТУРИ**

**11 квітня 2018 року  
м. Харків**

Харків  
ХНМУ  
2018

Затверджено  
на засіданні Вченої ради  
Харківського національного медичного університету  
15 березня 2018 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 44-ї науково-методичної конференції з інтернатури / кол. Авт. – Харків: ХНМУ, 2018. – 100 с.

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

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

Надання якісної медичної допомоги населенню, серед іншого забезпечує наявність достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Зміни в вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір вимагає нових підходів до підготовки лікаря на післядипломному етапі. Актуальною також стає необхідність якісно нової організації співпраці між ВНЗ та структурними підрозділами з охорони здоров'я щодо здійснення цільової підготовки, а саме підвищення кваліфікації лікарів та спеціалізації, для потреб практичної охорони здоров'я за рахунок коштів місцевих бюджетів, відомчої та приватної медицини.

Закон України «Про вищу освіту» прийнятий Верховною радою України 05 вересня 2017 року дає імпульс розвитку медичної освіти. Створено умови для модернізації післядипломної медичної освіти, відповідно до цього закону та Концепції нової системи охорони здоров'я, а саме:

- лікарська резидентура як форма післядипломної підготовки лікарів-спеціалістів, яка буде проводитись виключно на базі кафедр ВМНЗ та ЗПО;
- на рівні закону даються визначення університетської лікарні, університетської клініки та клініки науково-дослідної установи як навчальних баз підготовки, підвищення кваліфікації медичних кадрів;
- наскрізна підготовка магістрів медичних та фармацевтичних на базі повної загальної середньої освіти.

Прийнятий закон вносить зміни до деяких законодавчих актів України, а саме: у статті 18 Закону України «Про освіту» зазначено, що лікарська резидентура проводиться в університетах, академіях, інститутах і є формою спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями виключно на відповідних клінічних кафедрах для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста згідно з переліком лікарських спеціальностей, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, на сьогодні підготовка лікарів складається із:

- післядипломної медичної освіти, до якої віднесені: інтернатура, лікарська резидентура, магістратура, спеціалізація, стажування, клінічна ординатура;
- безперервного професійного розвитку лікарів (БПР): підвищення кваліфікації на циклах тематичного вдосконалення, інформації та стажування, передатестаційної підготовки майстер-класи, самоосвіта, навчання на робочих місцях, отримання другої освіти та інш.

Основними завданнями післядипломної освіти лікарів є підвищення якості навчання, широке впровадження самостійної роботи, дистанційної освіти та підготовка, як лікарів-інтернів, так і слухачів курсів до вимог безперервного професійного розвитку протягом усього професійного життя. Завдання щодо поглиблення рівнів засвоєння професійних знань і практичних навичок інтернів та слухачів, якісний науково-методичний супровід всіх рівнів післядипломного навчання залишаються пріоритетними напрямками роботи інституту та профільних кафедр.

Отже завданнями Навчально-наукового інституту післядипломної освіти є:

- надання якісних освітніх послуг з післядипломного навчання інтернів і слухачів курсів, отримання другої вищої освіти за магістерськими програмами в межах існуючої ліцензії;
- сумісна робота Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА, ННПО та кафедр щодо виконання плану набору інтернів та слухачів курсів і при необхідності збільшення ліцензованих обсягів;
- удосконалення підготовки лікарів-інтернів та слухачів курсів з питань надання невідкладної допомоги при надзвичайних станах та у особливий період (військово-медична та військово-спеціальна підготовка);
- робота із запровадження нових форм післядипломної освіти, розширення переліку напрямів підготовки з метою отримання другої вищої освіти в нашому навчальному закладі, шляхом ліцензування та/або отримання дозволів МОЗ України.

Освітні послуги, що надавались у Навчально-науковому інституті післядипломної освіти ХНМУ у 2017 р. були:

- первинна післядипломна спеціалізація (інтернатура) за 27 спеціальностями (ліцензійний обсяг – 800 осіб);
- підвищення кваліфікації лікарів за 42 спеціальностями шляхом проведення тематичного удосконалення, передатестаційних циклів, спеціалізації, стажування – ліцензійний обсяг – 2500 осіб;
- підготовка немедичних працівників з надання першої невідкладної медичної допомоги (ліцензійний обсяг – 1500 осіб);
- отримання другої вищої освіти за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» (ліцензійний обсяг – 15 осіб), та «Освітні, педагогічні науки» (ліцензійний обсяг – 30 осіб).
- підготовка студентів зі спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» (ліцензійний обсяг – 30 осіб) та «Соціальна робота» (ліцензійний обсяг – 30 осіб – денна форма навчання та 30 осіб – вечірня форма навчання) за освітньо-кваліфікаційним рівнем «бакалавр».

Згідно витягу ЛВ № 00300-000437 з ЄДЕБО від 20 січня 2017 р. обсяг післядипломної підготовки лікарів за акредитованими спеціальностями у галузі знань 1201 «Медицина» шляхом проведення циклів тематичного удосконалення, передатестаційних циклів, спеціалізації (перепідготовки), стажування зріс до 2500.

Підготовка лікарів-інтернів в ХНМУ в 2017/2018 н.р. проводиться згідно «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) в вищих медичних і фармацевтичних закладах III-IV рівнів акредитації» затвердженого наказом № 291 від 19.09.1996 р. за 23 спеціальностями: акушерство та гінекологія, анестезіологія та інтенсивна терапія, внутрішні хвороби, дитяча хірургія, дитяча анестезіологія, епідеміологія, загальна практика-сімейна медицина, медицина невідкладних станів, неврологія, дерматовенерологія, ортопедія та травматологія, отоларингологія, офтальмологія, патологічна анатомія, психіатрія, педіатрія, радіологія, стоматологія, урологія, хірургія, неонатологія, нейрохірургія, лабораторна діагностика.

До роботи з лікарями-інтернами у 2017-2018 н.р. залучено 148 НПП: професорів - 47, доцентів - 72, асистентів – 29.

На 01.01.2017 р. загальна кількість лікарів-інтернів склала 549 осіб, з них за державним замовленням – 176 осіб, за контрактом – 373 особи.

Закінчили навчання та отримали сертифікат спеціаліста 296 осіб, з них за державним замовленням – 95 осіб, за контрактом – 201 особа.

Прийом на 1-й рік навчання склав 274 особи (бюджет – 93, контракт – 181)

Протягом 2017 року було поновлено або переведено з інших вузів 25 лікарів-інтернів (за бюджетом – 11 осіб, за контрактом – 14 осіб).

Відраховано, переведено або подовжено навчання у зв'язку з народженням дитини – 38 лікарів-інтерна (бюджет – 11 особи, контракт – 27 осіб).

Таким чином, на 31.12.2017 р. при Навчально-науковому інституті післядипломної освіти ХНМУ проходили первинну спеціалізацію 514 особи, з них за державним замовленням – 174 особи, за контрактом – 340 осіб.

Слід зауважити, що у цьому навчальному році нами набрано 181 інтернів-контрактників при плані набору на 2017 рік 150 осіб. В подальшому необхідно проводити виважену маркетингову політику на всіх етапах навчання студентів-контрактників (від кафедри до ННПО), основною метою якої є доведення до свідомості студентів та їх батьків переваг підготовки в нашому ВНМЗ, а саме: розумна, виважена цінова політика, використання в навчальному процесі багатопрофільних баз стажування, сучасної лікувально-діагностичної апаратури, що є на кафедрах та на базах, створення належних житлово-побутових умов та інше, а саме головне – це відповідальне, якісне ставлення викладачів до своїх професійних обов'язків. Особлива відповідальність покладається на кафедри, де одночасно проходить навчання студентів-старшокурсників та лікарів-інтернів.

На початку навчального року до ННПО ХНМУ кафедрами надані календарні плани навчання інтернів, робочі навчальні програми по спеціальностям. Інтернами своєчасно отримана особиста документація.

У вересні 2017 р. проведені виробничі збори з лікарями-інтернами 1 року навчання, де вони були ознайомлені з «Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) в вищих медичних і фармацевтичних закладах III-IV рівнів акредитації», питаннями організації навчального процесу, документообігу та інше.

Говорячи про якість підготовки інтернів та слухачів курсів необхідно наголосити на те, що основною спрямованістю навчання є органічне поєднання практичної та теоретичної підготовки фахівців. Всі кафедри, що проводять післядипломне навчання розташовуються на базі потужних медичних закладів м. Харкова з достатнім ліжковим фондом та оснащених сучасною лікувальною та діагностичною апаратурою. В повній мірі використовуються комп'ютерні технології в навчаючому та 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 базисного рівня знань інтернів для подальшого врахування при складанні індивідуального плану навчання в інтернатурі. Аналіз результатів свідчить про необхідність збільшення часу на теоретичне навчання, ставлячи за мету поповнення фундаментальних, пропедевтичних та спеціальних медичних знань згідно фаху підготовки.

Оволодіння та удосконалення практичних навичок інтернів здійснюється під час очного та заочного циклів навчання. Наскрізний план відпрацювання практичних навичок складається у відповідності до плану роботи інтернів у відділеннях клінічних баз. Контроль за рівнем володіння практичними навичками здійснюється під час очного циклу викладачами кафедри.

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

На засіданні Вченої ради ННПО від 07.02.2017 року за №6 були заслухані підсумки роботи викладачів кафедр ННПО з контролю поточної успішності та забезпеченню об'єктивного рейтингу навчальної діяльності лікарів-інтернів, студентів та курсантів в осінньому семестрі 2016/17 н.р., підсумки рейтингової атестації лікарів-інтернів у першому півріччі.

На засіданні Вченої ради ННПО від 03.05.2017 року за №9 були заслухані підсумки рейтингової атестації лікарів-інтернів та успішності студентів на кафедрах ННПО у другому півріччі 2016/17 н.р.

Організація поточного контролю та рейтингової системи оцінки навчальної діяльності лікарів-інтернів сприяє активізації навчального процесу на кафедрах, об'єктивізації підсумкового результату вивчення дисциплін лікарями-інтернами.

Поточний контроль за набуттям знань та умінь слухачів забезпечується викладачами групи через виставлення оцінок в академічних журналах.

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» та №763 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія», як складової частини державної атестації лікарів-інтернів».

Підготовка лікарів-інтернів до ЛІ «Крок-3» проводиться згідно розробленого ННПО ХНМУ Положення про підготовку лікарів-інтернів до складання ЛІ «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 Вченою радою ННПО ХНМУ та щорічного плану та графіку підготовки інтернів до ЛІ «Крок 3», який розсилається по кафедрам на початку навчального року. Створена секція з ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» при методичній комісії післядипломної освіти.

Хочу нагадати, що основною метою ЛІ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» є оцінка вміння застосовувати знання професійно-орієнтованих дисциплін для забезпечення допомоги хворому при невідкладних станах.

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

- у формі поточного контролю вхідного рівня формування знань та умінь, 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, які навчають лікарів-інтернів, наявні кафедральні банки тестів, які формуються із тестів Центру тестування МОЗ України та буклети минулих років.

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

Безперечно, успішному навчанню 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.

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

I етап – вхідний рівень підготовки до ЛШ «Крок-3» проводиться на кафедрах, 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 по буклетах 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 ЛШ «Крок-3» з тестовим контролем кафедри перед проведенням циклу лекцій з невідкладної допомоги, як складової підготовки лікарів-інтернів до іспиту «Крок-3».

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

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

Виконання ННПО заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до ЛШ «Крок-3» сприяло покращенню результатів складання інтернами ЛШ «Крок-3. ЗЛП» в 2017 р.

22 лютого 2018 року було проведено контрольне пілотне тестування, в якому прийняло участь 130 лікарів-інтернів із 144 зареєстрованих. Не з'явилося на пілотне тестування 14 осіб (четверо з поважної причини), з них 2 лікарів-інтерна відраховані.

Проведений аналіз показав, що середні кафедральні результати коливаються у межах від 96,6% (кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології) до 72,3% (кафедра радіології). Група «ризик» (інтерни, які відповіли правильно менш ніж на 70,5%) склала 10 інтернів.

Відразу після проведення пілотного тестування на кафедрі направлена інформація з результатами тестування, з прізвищами інтернів, що не склали тест, та подальшим алгоритмом роботи з групою «ризик».

Для подальшої підготовки до ЛШ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», який відбудеться 27.03.2018 року, наказом Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА інтерни відкликаються із заочних баз стажування з 19.03.2018 р. до 27.03.2018 р. на кафедрі ХНМУ для підготовки до іспиту.

Перед кафедральними колективами ХНМУ стоять відповідальні задачі. За цей період необхідно ретельно працювати з лікарями-інтернами особливо «групи ризику» для успішного складання ЛШ «Крок 3 Загальна лікарська підготовка» при порозі правильних відповідей в – 70,5%.

28 березня 2017 р. лікарі-інтерни склали ЛШ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», 7 листопада 2017 р. – «Крок 3. Стоматологія».

Аналізуючи результати складання ЛШ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» за субтестами звертає на себе увагу те, що підвищились середні показники з розділу «Терапевтичний профіль» (+6,7%), «Хірургічний профіль» (+6,5%), «Акушерсько-гінекологічний профіль» (+3%).

У тестуванні брали участь інтерни 23 спеціальностей.

Середні результати груп інтернів різних спеціальностей інтернатури коливаються у межах 53,2% – 91,1% (діапазон становить 37,9%). Найкращі результати продемонстрували інтерни зі спеціальності «Дитяча хірургія» (91,1%, 1 інтерн) та «Анестезіологія» (88,6%, 10 інтернів).

Найнижчі результати показали інтерни таких спеціальностей: «Загальна гігієна» (53,2%, 1 інтерн) та «Інфекційні хвороби» (72,8%, 2 інтерна).

Із 143 лікарів-інтернів, які склали «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» в березні 2017 року не витримали іспит 9 інтернів (6,2%), в 2016 – 14 інтернів (8,1%).

За останні 3 роки не склали “Крок 3. Загальна лікарська підготовка” 41 лікар-інтерн, з них за роками: 2015 – 13, 2016 – 14, 2017 – 9.

Дев'ятеро лікарів-інтернів стоматологів пересклали ЛШ «Крок 3. Стоматологія». П'ятеро інтернів-стоматологів склали іспит позитивно, чотири не склали: Боговік Ю.Р., Маковецький Д.В., Мартинова А.В., Удовіченко А.В.

Одинадцять лікарів-інтернів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» пересклали ЛШ «Крок 3. Лабораторна діагностика». Семеро лікарів-інтернів склали іспит позитивно, чотири також не склали: Золотарьова Т.Ю., Кузьменко К.М., Ратушний О.М., Хань Ю.Ю.

7 листопада 2017 р. Центр тестування МОЗ України провів ліцензійний інтегрований тестовий іспит «Крок 3. Стоматологія»

Показники складання ліцензійного іспиту: інтерни-стоматологи правильно відповіли на **77,9%** при минулорічному показнику **81,3%** (-3,4). Національний показник – **75,4%**. Всього по Україні не склали ЛШ «Крок 3. Стоматологія» 20,1%.

Із 90 лікарів-інтернів стоматологів при складанні ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» 7 листопада 2017 року відповіли від 89,6 до 80,3 відсотків 39 лікарів-інтернів (43,3%); 79,8-70,5 – 42 (46,7%); 70 та нижче – 9 (10%).

7 листопада 2017 року в ХНМУ Центром тестування при МОЗ України було проведено ЛШ «Крок 3. Лабораторна діагностика 2017 рік».

Показники складання ліцензійного іспиту: лікарі-інтерни правильно відповіли на **78,2%** при минулорічному показнику **72,8%** (+5,4). Національний показник – **74,3%**. Всього по Україні не склали ЛПІ «Крок 3. Лабораторна діагностика» у 2017 році 22,7% інтернів. Із 31 лікарів-інтернів не склали іспит четверо.

5 лікарів-інтернів пересклали ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» 7 листопада 2017 року та не склали.

Атестація для визначення знань та практичних навичок лікарів-інтернів у січні 2018 року проходила за 4 спеціальностями згідно з розкладом, затвердженим ректором університету з середнім балом:

«Медицина невідкладних станів» (6 інтернів) – 4,0; «Неврологія» (3 інтерна)- 4,6; «Психіатрія» (3 інтерна)- 3,6; «Радіологія» (5 інтернів)- 4,6; «Судово-медична експертиза» (9 інтернів)- 3,8; «Медицина невідкладних станів» (8 інтернів)- 4,0; « Інфекційні хвороби» (6 інтернів)- 4,5.

Середній бал атестації на визначення знань та практичних навичок випускників-інтернів у 2018 році склав 4,2 при 4,48 бала у 2017 році.

Завершувальна атестація лікарів-інтернів на визначення знань та практичних навичок у червні 2017 року за 16 спеціальностями проводилась згідно розкладу, затвердженого ректором університету, із акушерства та гінекології (15 інтернів), загальної практики-сімейної медицини (27 інтернів), внутрішніх хвороб (19 інтернів), патологічної анатомії (5 інтернів), ортопедії і травматології (6 інтернів), педіатрії (21 інтерн), анестезіології та інтенсивної терапії (5 інтернів), хірургії (14 інтернів), стоматології (106 інтернів), дитячої хірургії (2 інтерна), дитячої анестезіології (4 інтерна), офтальмології (1 інтерн), лабораторної діагностики (27 інтернів), епідеміології (3 інтерна), нейрохірургії (2 інтерна), неонатології (1 інтерн).

Всі інтерни здали атестацію на визначення знань та практичних навичок позитивно. Результати атестації лікарів-інтернів на визначення знань та практичних навичок подані в цифровому звіті про підготовку лікарів-інтернів за 2016-2017 навчальний рік. Середній бал з акушерства та гінекології – 4,6; анестезіології та інтенсивної терапії – 4,0; внутрішніх хвороб – 4,52; дитячої хірургії – 5,0; дитячої анестезіології – 3,5; загальної практики-сімейної медицини – 4,18; ортопедії і травматології – 5,0; офтальмології – 4,0; патологічної анатомії – 5,0; педіатрії – 4,14; хірургії - 4,14; стоматології – 3,36; лабораторної діагностики-4,7; епідеміології – 4,6; нейрохірургії - 5,0; неонатології – 5,0.

Середній бал атестації лікарів-інтернів на визначення знань та практичних навичок випускників-інтернів у червні 2017 року склав 4,04 при 4,16 бала у 2016 році.

Не допущено до атестації лікарів-інтернів на визначення знань та практичних навичок 8 лікарів-інтернів, як такі, які виконали навчальний план та програму спеціалізації в інтернатурі за своєю спеціальністю, але не склали «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» або «Крок 3. Стоматологія». 1 лікар-інтерн не допущений до атестації лікарів-інтернів на визначення знань та практичних навичок та відрахований, як такий, який не виконав навчальний план та програму спеціалізації в інтернатурі.

Після перескладання «Крок 3 Загальна лікарська підготовка» 07.11.2017 року відрахований у червні 2017 року лікар-інтерн, навчання за державним замовленням, за спеціальністю «Патологічна анатомія» був допущений та склав державну атестацію. Після перескладання «Крок 3. Стоматологія» 07.11.2017р. з відра-

хованих у червні 2017 року 4 лікарів-інтернів, навчання за контрактом, була допущена та склала державну атестацію 1 особа.

11 осіб за спеціальністю «Лабораторна діагностика», які були відраховані 28 лютого 2017р., як такі, які виконали навчальний план та програму однорічної спеціалізації за спеціальністю «Лабораторна діагностика» після перескладання «Крок 3 Лабораторна діагностика» 28.03.2017р. (7 осіб) та 07.11.2017р. (4 особи) були допущені та склали державну атестацію.

У 2017 р. завершили первинну спеціалізацію в інтернатурі 264 лікаря-інтерна із 1-, 2- та 3-річним терміном навчання за 18 спеціальностями та 32 лікаря з 1,5-річним терміном підготовки за 8 спеціальностями. Таким чином, у минулому навчальному році в межах надання первинної післядипломної спеціалізації підготовлено 296 лікарів за різними спеціальностями. Найбільша кількість лікарів підготовлена за такими фахами: "Стоматологія" (107), "Внутрішні хвороби" (19), "Акушерство і гінекологія" (15), "Педіатрія" (21), «Загальна практика-сімейна медицина» (27), «Лабораторна діагностика» (28), «Анестезіологія та інтенсивна терапія» (5), «Хірургія» (14).

31 січня 2018 року закінчили навчання, склали державну атестацію та одержали сертифікат лікаря-спеціаліста 17 лікарів-інтернів з 1,5-річною підготовкою в інтернатурі за 4 спеціальностями (10 – за державним замовленням, 7 – за контрактом). Але 2 лікаря-інтерна, навчання за контрактом, були не допущені до державної атестації та відраховані як такі, які виконали навчальний план та програму 1,5-річної спеціалізації в інтернатурі за своєю спеціальністю, але не склали ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3. Загальна лікарська підготовка».

28 лютого 2018 року закінчили навчання, склали державну атестацію та одержали сертифікат лікаря-спеціаліста 23 лікаря-інтерна, навчання за контрактом, за спеціальністю «Лабораторна діагностика». Середній бал атестації – 4,6.

Але 3 лікаря-інтерна за спеціальністю «Лабораторна діагностика», навчання за контрактом, були не допущені до державної атестації та відраховані як такі, які виконали навчальний план та програму однорічної спеціалізації в інтернатурі за фахом «Лабораторна діагностика», але не склали ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3 Лабораторна діагностика».

Проведенню заключної атестації передував значний обсяг робіт по удосконаленню її методики, яка була обговорена на профільних методкомах. Інтерни працювали в комп'ютерних класах з використанням комп'ютерних програм в режимі тренування зі спеціальності, а також комп'ютерної програми «Невідкладна допомога в медицині» – для інтернів всіх фахів. При проведенні заключної атестації включались також питання із суміжних дисциплін – трансплантології, фтизіатрії, психіатрії, радіаційної медицини, трансфузіології та інше, відповідно програм підготовки тієї чи іншої спеціальності.

Заключна атестація лікарів-інтернів з визначення знань та практичних навичок за кожним фахом проходила в 3 етапи:

а) комп'ютерний тест-контроль проводився за комп'ютерними програмами, затвердженими МОЗ України, при якому кожен інтерн за визначений час відповідав не менш ніж на 15% питань від загальної кількості питань, закладених в програму при порозі вірних відповідей не менш 75%.

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 включала в себе письмові та усні відповіді на білети, розроблені кафедрами та затверджені методичними комісіями і Вченою радою ННПО ХНМУ з наступною співбесідою з членами Державної комісії з заключної атестації.

Тестування, практичну і теоретичну частини заключної атестації проводив той самий склад Державної комісії.

Всім інтернам, які успішно склали атестацію на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання лікаря, вручені сертифікати лікаря-спеціаліста.

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

Велике значення для удосконалення організаційно-методичного забезпечення післядипломної освіти мала 43-я науково-методична конференція «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті», яка була проведена ХНМУ та Управлінням охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації 11-12 квітня 2017 року на базі університету.

В роботі конференції приймали участь співробітники ХНМУ та працівники органів практичної охорони здоров'я, які являються керівниками клінік, лікарень, поліклінік міста, центральних районних лікарень, відповідальними за підготовку лікарів-інтернів на базах стажування.

Програма роботи конференції включала: 11 квітня – пленарне засідання, 12 квітня секційні засідання. 12 квітня 2017 року проведено 20 секційних засідань для керівників лікарів-інтернів.

На секційних засіданнях були заслухані питання особливостей підготовки лікарів-інтернів на сучасному етапі з кожного фаху, про хід та результати підготовки інтернів з кожної спеціальності, обговорювались перспективи покращення якості підготовки лікарів. Проведені клінічні розбори тематичних хворих з демонстрацією сучасних методів діагностики та лікування.

У роботі ННПО ХНМУ важливе місце відводиться новим педагогічним технологіям та участі у виставкових заходах Міністерства освіти та науки України. На щорічних міжнародних спеціалізованих виставках «Освіта за кордоном» та «Освіта та кар'єра – 2017» Харківський національний медичний університет представив свої здобутки та отримав відзнаки: гран-прі в номінаціях «Досягнення у працевлаштуванні випускників ВНЗ», «Компетентнісний підхід в освітній діяльності вищої школи» та почесне звання «Лідер вищої світи України».

На сьогодні в роботі з інтернами необхідно покращувати наступність та взаємозв'язок очного та заочного циклів навчання керуючись практичною направленістю підготовки. При підготовці інтернів базовим матеріалом мають стати стандартизовані МОЗ України протоколи обстеження та лікування хворих. Потребує посилення виконавча дисципліна викладачів, що працюють з інтернами, профорієнтаційна робота з випускниками університету.

# **ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»**

*Бабак О.Я., Молодан В.І., Голенко Т.М.*

В умовах сучасності якість надання медичної допомоги громадянам України залежить, перш за все, від рівня освітньої складової та практичної підготовки лікарів. Важливим етапом цього процесу є підготовка лікаря в інтернатурі, де йде закладка професійного базису майбутнього спеціаліста. Нові тенденції реформування вищого навчального закладу зумовлюють необхідність впровадження у навчальний процес нових форм і методів навчання, які сприяють його інтенсифікації, стимулюють розвиток лікаря-інтерна (ЛІ), а також формують у майбутніх фахівців навички самостійної роботи. На кафедрі внутрішньої медицини №1 створені всі умови до підготовки сучасного лікаря-терапевта. Післядипломний етап навчання є основою для підготовки висококваліфікованого фахівця. Основною метою цього етапу на кафедрі внутрішньої медицини №1 є формування професійної готовності до самостійної праці. На базі кафедри здійснюється навчання ЛІ, які мають змогу отримувати знання на базі ДУ «Національний інститут терапії ім. акад. Л.Т. Малої НАМН України», окрім того, заняття проходять у відділеннях пульмонології, ревматології, гематології та ендокринології інших клінічних лікарень.

На теперішній час на базі кафедри в рамках післядипломної освіти, проводиться підготовка лікарів-спеціалістів з використанням сучасних методів навчання. Весь багаторічний досвід з підготовки ЛІ щороку удосконалюється згідно сучасних умов та реорганізації системи охорони здоров'я. Сучасні методи навчання ЛІ виступають як закономірний, послідовний, неперервний процес від додипломної до післядипломної освіти. Програма з внутрішньої медицини націлена на підготовку лікаря-терапевта, який повинен бути обізнаний із сучасними методами діагностики та лікування хворих з патологією внутрішніх органів, а також з обов'язком надання кваліфікованої допомоги при невідкладних станах. Основною умовою формування лікаря-терапевта є набуття широкого спектра мультидисциплінарних знань. Одним із напрямків для створення комфортних умов навчального процесу є використання інноваційних технологій і, в першу чергу, інтерактивних методів навчання. Цей метод передбачає підвищення якості викладання теоретичного курсу з використанням сучасних технологій: проблемні лекції, лекції майстер-класи, лекції прес-конференції, де поряд із традиційними підходами широко застосовують технології ситуаційного навчання (кейс-методи, рольові ігри). Не менш важливим є вивчення і оволодіння окремими позааудиторними темами із залученням низки інноваційних технологій: використання інтернет-мережі, електронних матеріалів наробок кафедри, тощо.

Теоретична підготовка ЛІ здійснюється під час лекцій, семінарів та самостійної роботи з вивчення окремих тем. При проведенні лекцій кафедрою внутрішньої медицини №1 широко застосовуються методи «інформаційного повідомлення»: аудіовізуальні презентації, відеофільми, графіки, інтегральні схеми патогенезу, відео- та мультимедійні презентації з демонстрацією дослідження терапевтичного статусу та методики визначення патогномонічних симптомів у хворих з різною терапевтичною патологією. Поєднання коментарів викладача з відеоінформацією значно мотивує увагу слухачів до матеріалу за темою. Досить цінним під час лекції є презентація відео- чи мультимедійних преференцій з діагностики та лікування окремих пацієнтів з практики лектора. Подальше засвоєння лекційного ма-

теріалу проходить у вигляді співбесіди в діалоговому режимі (питання-відповідь). Таким чином, при викладанні теоретичного матеріалу використовуються дидактичні засоби навчання, варіантом яких є проблемна лекція, що створює певні ситуації і залучає ЛП до їх вирішення. Така методика, за даними опитування інтернів, дала їм можливість швидше і якісніше засвоїти тему, а рівень збережених знань на час іспиту значно підвищився.

Засвоєння теоретичного матеріалу на лекційних та практичних заняттях проводиться також із залученням інтерактивних методик: імітаційних ділових ігор, різних видів дискусій, семінарів-тренінгів. Не менш важливим на початку заняття є експрес-метод тестового контролю засвоєння теми в домашніх умовах шляхом вирішення тестів, розшифровкою електрокардіограм та інше. Також на базі кафедри внутрішньої медицини №1 використовуються ситуаційні завдання комп'ютерного контролю, розв'язування блоку завдань з циклу терапії за допомогою програми «ELEX».

Практичне засвоєння вказаних навиків здійснюється під час роботи ЛП біля ліжка хворого, де вони під керівництвом викладача набувають майстерність визначення окремих симптомів та діагностики терапевтичної патології, інтерпретації даних інструментально-лабораторних методів обстеження. Для закріплення практичних навичок ЛП самостійно ведуть хворих та працюють помічниками лікарів не тільки в терапевтичних відділеннях, а й у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Також на базі кафедри активно проводяться практичні заняття з використанням фантомів. За допомогою фантомів ЛП мають можливість практичного використання вивченого матеріалу, такого як: методика проведення електрокардіографії, пальпація та перкусія органів, проведення реанімаційних маніпуляцій та інше. Введення сучасних інтегральних методів навчання для ЛП зі спеціальності «Внутрішні хвороби» значно покращило засвоєння спеціальних навичок і вмінь та оволодіння теоретичними і практичними знаннями з діагностики, лікування, профілактики та надання адекватної допомоги при терапевтичній патології.

Таким чином, інтерактивні, інноваційні методи підвищують ефективність та результативність навчання за їх використання на етапах навчального процесу, а різні засоби підходів до діагностики та лікування, проведення невідкладної допомоги та реабілітації хворих, вирішення проблемних ситуацій реалізують більш ефективну підготовку ЛП до практичної діяльності зі спеціальності «Внутрішні хвороби».

### **Література**

1. Ждан В.М. Аспекти навчання лікарів – інтернів з фаху «Загальна практика–сімейна медицина» / В.М. Ждан, Б.С. Зазикіна, Б.В. Флегантова // Сучасні технології управління навчальним процесом у вищих медичних навчальних закладах: матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю. – Полтава, 2014. – С. 71–72.

2. Aronson L. Twelve tips for teaching reflection at all level of medical education / L. Aronson // Med. Teacher. – 2011. – Vol. 33 (3). – P. 200-205.

3. Вороненко Ю.В. Розвиток нових технологій у післядипломній освіті лікарів і провізорів: тенденції, експертні висновки та реальні оцінки ефективності навчання / Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер // Мед. освіта. – 2013. – № 2. – С. 19-23. 2. Удосконалення засвоєння практичних навичок і методик студентами та лікарями-інтернами – важлива складова кадрової перебудови первинної ланки медичної до-

помоги населенню України / О.П. Волосовець, Ю.С. П'ятницький, І.С. Вітенко [та ін.] // Мед. освіта. – 2012. – № 3. – С. 3-7.

4. Susan S. The case study as a research method / S. Susan // University of Texas at Austin. – 1997. – 54 p.

5. Використання інтерактивних методів навчання при вивченні основ внутрішньої медицини / О.С. Хухліна, Л.В. Каньовська, О.С. Воевідка [та ін.]: матеріали Всеукраїнської конференції навчально-наукової конференції, присвяченої 55-річчю Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України [«Впровадження нових технологій за кредитно-модульної системи організації навчального процесу ВМ(Ф)НВ III-IV рівнів акредитації»], (м. Тернопіль, 26-27 квітня 2012р.). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. – С. 415-416.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АКТУАЛЬНІСТЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ АСПІРАНТІВ

*Бабак О.Я., Молодан В.І., Більченко А.О.*

**Актуальність проблеми:** Організація науково-дослідної роботи аспірантів (НДРА) - основа ретельного засвоювання матеріалу, навичок дослідницької діяльності та розвитку науковців. Розробка алгоритму вивчення принципів наукової діяльності, написання тез, статей, принципи обробки та аналізу джерел інформації та сучасної літератури дозволяють більш якісно пізнати сутність наукової праці. НДРА базується на вмінні вірно обробляти новітню наукову інформацію, правильному і доцільному формуванні цілі, ретельному збиранню та обробці даних і забезпечують отримання високої якості виконаної роботи. Організація виконання НДР сприяє розвитку клінічного мислення аспіранта, дозволяє опанувати сучасні принципи доказової медицини та її критичного осмислення.

Зміст та наукової роботи включає в себе навчально-методичні і науково-практичні конференції на базах стажування, залученню до активної участі в клінічних, патолого-анатомічних та науково-практичних конференціях. Управління процесом НД включає організацію педагогічного процесу, спрямованого на вдосконалення самостійної активної роботи аспірантів, вміння самостійного вирішення науково – дослідницьких завдань. Все це дозволяє формувати конкурентоспроможного, критично мислячого і підготовленого до професійної та наукової діяльності спеціаліста.

**Цілі і задачі:** На кафедрі внутрішньої медицини №1 апробована сучасна система організації науково-дослідної роботи аспірантів. Основним принципом організації НДР став перехід від формального виконання завдань до активної наукової діяльності, спрямованої на формування власного алгоритму при вирішенні поставлених проблемних цілей і завдань. Для організації НДР використовуються завдання наступних видів:

1. Публікація результатів проведеної науково-дослідницької роботи. Цілями НДР є відпрацювання навичку аналізу проведеної роботи, формування та висловлювання висновків та відпарювання навичок обробки отриманої інформації. Отримані результати науково-дослідницької роботи публікуються у збірниках різноманітних науково-практичних конференцій, що дозволяє ретельно обробити матеріали роботи та вдосконалити навички обробки даних.

2. Клініко-патологоанатомічні конференції. Регулярне проведення даного типу конференцій дозволяє ретельно обробляти та аналізувати певні клінічні ви-

падки та вдосконалювати теоретичні та практичні навички. На кожному доповіді призначається виконавець. У його завдання входить підготовка презентації, у якій буде відображена певна частина перебігу даного захворювання, яке призвело до смерті пацієнта, історія хвороби якого була винесена на клініко-патологоанатомічну конференцію. Це дозволяє ретельно засвоювати нові знання і вдосконалювати навички лікування та розвитку як спеціаліста.

**Висновки:** Таким чином, основною метою і підсумком науково-дослідної роботи аспіранта є випуск спеціаліста зі здатністю до аналізу й узагальнення матеріалу, розвитку клінічного мислення, вільного викладу своїх думок, критичного осмислення даних літератури та професійної компетентності, що відповідає всім сучасним вимогам вибраної спеціальності. Самостійна робота з інформацією є одним з провідних факторів підготовки фахівця. Вирішальна роль в організації самостійної роботи належить науковому керівнику, який повинен працювати не над організацією науково-дослідницької діяльності взагалі, а з конкретною особистістю, з її сферою наукових інтересів, індивідуальними здібностями і можливостями. Особливої уваги потребують питання процесуального, технологічного забезпечення самостійної науково-дослідницької діяльності аспірантів, що становить цілісну педагогічну систему, яка враховує індивідуальні здібності.

### **Література**

1. Казаков В.Н. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти.// В.Н.Казаков, А.Н.Талалаєнко, М.Г. Гарина - Донецьк, 2001.- 213 с.

## **ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ ТА РОЛЬ В НЬОМУ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

*Бабак О.Я., Лапшина К.А.*

Вступаючи до вищого навчального закладу (ВНЗ), молода людина опиняється в новій соціальній позиції - студент. Цей соціальний статус потребує від студента засвоєння нових ролей, що визначають його активну позицію в суспільстві, і більшої відповідальності - як за власну освіту, так і за саморозвиток. Особистість студента це цілісна, досить стійка, система, що самоорганізується. Однак вважати її закінченою і повністю сформуваною ще рано, тому що психосоціальний розвиток студента триває. Освіта в цьому процесі відіграє значну роль, але є не єдиною складовою розвитку. У студента з'являється багато потреб та інтересів, що відповідають його віку: бажання зустріти партнера, створити сім'ю, виховувати дітей, отримати певний соціальний статус, усвідомити себе як унікальну особистість, бути важливим і потрібним у колі людей та ін.

Особистість студента можна розглядати як ту, котра ще потребує керування з боку педагога, тому що багато якостей продовжують виникати й розвиватися, у багатьох студентів психологічний вік відстає від фізіологічного. Це проявляється, наприклад, у тому, що молода людина не усвідомлює відповідальності за власне життя, його не цікавлять власні особистісні смисли, він схильний потрапляти під вплив. Такі студенти вимагають контролю й зовнішнього керування з боку педагогів, тому що можуть стати жертвою наркоманії та злочинних груп. У багатьох з них ще потребують розвитку соціальна і громадянська позиція, комунікація, творчі здібності, самовираження і т.і. Студент продовжує розвиватися як суб'єкт нав-

чальної діяльності, і його роль активного учасника власної освіти ще не до кінця усвідомлена.

Поведінка людини вивчається етологією, психологією, соціологією, педагогікою.

У соціальній психології поведінку людини трактують як "діяльність, що має природні передумови, але по суті громадська, орієнтована переважно соціальними потребами, нормами, правилами спільного життя людей, системою соціальних і культурних ролей, спільною мовою та іншими знаковими системами і протікає в умовах взаємодії з факторами фізичного та соціального середовища".

Поведінку поділяють на вербальну (мовну) і невербальну (дії, експресія, жести, коди, зовнішність і т.і.). Вербальна частина поведінки в більшій мірі піддається контролю виконавцем, в той час як в невербальній частині виконавець може випустити з уваги, особливо в нестандартних ситуаціях, деякі власні жести і мимічні реакції. Все це відноситься до поведінки студентів.

Здатність взаємодії людини з суспільством і предметним світом формується в навчанні і є сутністю повсякденної поведінки людей. В першу чергу звертається увага на особистий приклад викладача, який є зразком культури мовлення і мислення, культури викладання, взаємоповаги, коректності, почуття міри у вираженні своїх почуттів, такту в спілкуванні з іншими людьми, вміння слухати співрозмовника.

Повсякденне поведінка студентів здійснюється через участь в різноманітних соціальних ситуаціях, часто визначаються спілкуванням з іншими.

У спілкуванні поведінку одного студента стикається з поведінкою іншого. Можна сказати, що поведінка однієї людини може бути умовою для поведінки іншого як реакції на ці умови. Таким чином, спілкування можна розглядати як різновид поведінки, що охоплює особливий клас відносин між суб'єктами: це специфічна форма взаємодії суб'єктів, що породжується потребами спільної діяльності.

Проблема формування культури спілкування студентів вузів є перспективним, але недостатньо розробленим напрямом професійної педагогіки. При розгляді якої доцільно актуалізувати роль особистості, оскільки культура спілкування підкреслює гуманістичну спрямованість, в якій людина постає як вища цінність.

### **Література**

1. Амеліна С. М. Теоретико-методичні основи формування культури професійного спілкування студентів вищих аграрних навчальних закладів //Д.: ДДАУ. – 2007.
2. Воронін Д. Є. Здоров'язберігаюча компетентність студента в соціально-педагогічному аспекті //Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2006. – №. 2. – С. 25-28.
3. Підготовка майбутнього вчителя до впровадження педагогічних технологій: Навч. посіб. / О.М. Пехота та ін. – К.: В-во А.С.К., 2003. – 240 с.
4. Петрук В. А., Ляховченко Н. В. Культура спілкування як складова комунікативної компетентності майбутніх фахівців з вищою освітою //European Association of pedagogues and psychologists" Science" International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics" Driven to discover", Geneva (Switzerland), June 5, 2015.–Geneva (Switzerland), 2015: 99-103. – Association of pedagogues and psychologists" Science", 2015.

# ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТЕМИ «ОСТЕОПОРОЗ»

*Бобро Л.М.*

**Вступ.** З 2015 року програмою інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» передбачається викладання теми «Остеопороз». Висока поширеність остеопорозу (ОП) і його соціально-економічна значимість, пов'язана, в першу чергу, з ризиком інвалідизації пацієнтів внаслідок остеопоротичних переломів, диктують необхідність розширення заходів з профілактики і раннього виявлення цього захворювання [1]. Враховуючи ту обставину, що 80% населення уперше звертається за медичною допомогою саме до установ первинної медико-санітарної допомоги, роль сімейних лікарів в проведенні профілактики і ранньому виявленні ОП важко переоцінити [1,2].

**Метою дослідження** була оцінка інформованості лікарів-інтернів загальної практики про питання, що стосуються діагностики, лікування і профілактики остеопорозу.

**Матеріал і методи.** Було проведено базисне тестування 23 лікарів-інтернів загальної практики, що проходили навчання на базі кафедри загальної практики – сімейної медицини в 2017-2018 році. Тести були побудовані за типом питань множинного вибору з п'ятьма варіантами відповідей, один з яких був правильним. Питання стосувалися поширеності ОП в Україні, чинників ризику, принципів діагностики, профілактики і лікування ОП. Всього було запропоновано 10 питань. Тестування проводилося анонімно, але опитуваних просили вказати стать і вік. Серед задіяних в опитуванні лікарів 35,2% склали чоловіки, 64,8% - жінки. Середній вік склав  $24,8 \pm 2$  років.

**Результати.** З 23 опитаних 13 (56,5%) інтернів відповіли правильно на 2-3 питання, ще 8 (34,8%) лікарів-інтернів правильно відповіли на 50% представлених питань. Максимальне число правильних відповідей (6 з 10) дало 2 (8,7%) опитаних. На всі питання тестів правильно не відповів ні один з інтернів. Як показали результати опитування, лікарів-інтернів погано знають, яка поширеність остеопорозу: приблизно 75% опитаних лікарів вважала, що поширеність остеопорозу у віковій групі старше 50 років складає до 20%. Тільки 43,4% опитаних правильно обрали відповідь «денситометрія» на питання про «золотий стандарт» діагностики остеопорозу. Звертає на себе увагу те, що 52,1% опитаних вказали на рентгенографію, як ранній метод діагностики остеопорозу (відомо, що рентгенологічні ознаки остеопорозу з'являються при втраті кісткової тканини більше 30%).

Лікарі-інтерни показали досить хорошу обізнаність щодо факторів ризику остеопорозу, проте виокремити чинники з високою мірою доказовості змогли менше половини опитаних (паління, вік, низький індекс маси тіла, перелом стегна у батьків, наявність переломів в анамнезі, хірургічна кастрація та ін.) [2,5]. Досить хорошу інформованість лікарі продемонстрували і в питаннях профілактики остеопорозу, але рекомендовані дози кальцію і вітаміну Д для профілактики остеопорозу в літньому віці знали 8 (34,7%) опитаних [1,4]. Також тільки 5(21,7%) інтернів в якості основи програми фізичних тренувань обрали вправи з навантаженням вагою тіла і тренування рівноваги. Найчастішими переломами при остеопорозі 14(60,8%) лікарів-інтернів вважали переломи стегневої кістки, тоді як правильну відповідь (переломи хребців) обрали тільки 43,5% опитаних. Менше всього пра-

вильних відповідей було отримано на питання, присвячені FRAX. Тільки 4(17,3%) лікарів-інтернів відповіли, що це інструмент для прогнозування ризику остеопоротических переломів протягом найближчих 10 років [3].

Аналіз даних не виявив залежності між кількістю правильних відповідей і такими показниками як стать і вік.

**Висновок.** Як показало наше дослідження, інформованість лікарів-інтернів загальної практики в питаннях діагностики, профілактики і лікування остеопорозу недостатня, що підтверджує актуальність виділення цієї теми у окремий блок учбової програми на усіх циклах навчання лікарів загальної практики, включаючи професійну перепідготовку.

### **Література**

1. Захворювання кістково-м'язової системи та вік: що нового: [остеопороз, нейропатичний біль, вітамін D] / В. В. Поворознюк [и др.] // *Новости медицины и фармации в Украине*. – 2015. – N 6. – С. 3–4, 6–7.
2. Купріненко, Н. Сучасні погляди на проблеми остеопорозу: українсько- португальський обмін досвідом / Н. Купріненко // *Новости медицины и фармации в Украине*. – 2016. – N 8. – С. 3-8.
3. Поворознюк В.В. Информативность различных моделей FRAX в оценке риска остеопоротических переломов у женщин Украины / В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева // *Боль. Суставы. Позвоночник*. – 2013. – N2. – С.32–41.
4. Терапия остеопороза и заболеваний костно-мышечной системы: обсуждение с участием ведущих мировых специалистов: по итогам II Международного симпозиума, 9-11 марта, г. Львов / В. В. Поворознюк [и др.] // *Здоров'я України XXI сторіччя : медична газета*. – 2016. – N 13/14. – С. 30–33.
5. Бобро Л.М. Вероятность развития остеопороза и остеопоротических переломов на фоне длительного применения ингибиторов протонной помпы / Бобро Л.М. Фирсова О. А. // *Щорічні терапевтичні читання: медикаментозна та немедикаментозна профілактика неінфекційних захворювань: погляд у майбутнє. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої пам'яті академіка Л. Т. Малої, 20 квітня 2017 р.* –Х.,2007–С.30.

## **ПРИНЦИПИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ В ІНТЕРНАТУРІ**

*Бойко В.В., В'юн В.В., Шевченко О.М., Макаров В.В.,  
Гончаренко Л.Й., Доценко Д.Г., Мінухін Д.В.*

Клінічна інтернатура з хірургії - сучасна високоефективна форма післядипломної освіти. Виховання молодого хірурга в сучасних умовах - складне і відповідальне завдання, його часто доводиться вирішувати не тільки спеціалізованим хірургічним кафедрам, але і підрозділам практичної охорони здоров'я, в які розподіляють інтернів-хірургів [5, 6]. При цьому засвоюються як окремі професійні навички, так і розуміння хвороби в контексті цілісного організму хворого - формування клінічного мислення, яке по суті являє собою здатність екстраполювати теоретичні знання та розрізнені симптоми, виявлені у хворого, в конкретну діагностичну концепцію [3-7]. Основним завданням у підготовці лікаря-хірурга є вдосконалення клінічного мислення, спрямованого на своєчасну діагностику захворювання і застосування відповідної сучасної тактики лікування. До завдань клінічної

інтернатури з хірургії входить оволодіння навичками спілкування з хворими, са-  
мостійна курація хворих, методологічне обґрунтування клінічного діагнозу, диф-  
ференціального діагнозу, сучасного обстеження, лікування, профілактики хірургі-  
чних хвороб [1,2]. і використовуємо різноманітні форми навчання лікарів інтер-  
нів - хірургів: тематичні семінари з викладачами кафедри; щоденна курація хво-  
рих з оформленням історії хвороби, етапних щоденників, виписаних епікризів;  
клінічні розбори хворих; обходи з доцентами та професором; виступ на клінічних,  
клініко-анатомічних конференціях; рецензування історій хвороби померлих; під-  
готовка демонстраційного матеріалу операцій за тиждень з інтерпретацією його  
на щотижневих клінічних конференціях; нічні чергування в клініці з доповідями  
на ранковій конференції; участь інтернів при виконанні операцій; самостійна (ау-  
диторні та поза аудиторна) робота; навчально-дослідна робота. Тематика науко-  
вих досліджень лікарів-інтернів відповідає науковим напрямкам роботи кафедри.  
На наш погляд, з метою оптимізації навчання лікарів-хірургів в інтернатурі на хі-  
рургічних кафедрах доцільне створення віртуального варіанта навчання. Інфор-  
маційно-освітні послуги надаються інтернам через інтернет-технології. Для цього  
на кафедрах повинні бути створені електронні варіанти лекцій, практичних занять  
за тематикою програми, і це вноситься на сайт кафедри університету. Не менш  
важливим розділом підготовки лікарів-інтернів хірургів є заочне навчання на ба-  
зах лікувальних установ - обласної, міських, центральних районних дитячих ліка-  
рень. Робота на заочних базах стажування передбачає оволодіння лікарями-  
інтернами сучасними медичними технологіями, курацію хворих, нічні чергування  
з метою діагностики та надання невідкладної допомоги при ургентних ситуаціях в  
хірургії, вдосконалення практичних навичок під контролем керівника. У процесі  
аналізу якості освіти лікарів - інтернів на кафедрі хірургії №1 були сформульовані  
основні принципи оптимізації навчання лікарів-хірургів в інтернатурі: принцип  
професійної компетентності здійснюється завдяки навчанню лікарів інтернів на  
новітніх наукових досягненнях клінічних баз університету, науково-дослідних ін-  
ститутів системи НАМН України та відомчих лікувально-профілактичних уста-  
нов; принцип науковості забезпечується шляхом використання в навчальному  
процесі новітніх організаційних, методологічних і лікувально-діагностичних тех-  
нологій, розроблених на кафедрах університету та інших наукових установах;  
принцип систематичності, послідовності і безперервного професійного розвитку  
лікаря, та дотримання в навчальній програмі діючих вимог, характерних навчаль-  
них планів і програм спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних на-  
вчальних закладів; принцип міжкафедральної інтеграції клінічних і теоретичних  
кафедр та міжвузівської інтеграції, відкритості підготовки медичних фахівців, що  
сприяє взаємному запозичення всього прогресивного в сучасній науці і практиці.  
Принцип глибокої інтеграції з установами охорони здоров'я, координація роботи  
керівника на базі стажування та відповідального за роботу з інтернами на кафедрі.  
Принцип інформатизації з використанням сучасних джерел (інтернет- технології,  
електронні джерела інформації). Принцип інтенсифікації навчання із залученням  
новітніх методів і форм (круглі столи, майстер-класи, ситуаційні завдання, диску-  
сії), що сприяє формуванню лікаря-фахівця, який в умовах дефіциту часу зможе  
знайти оптимальне рішення важкої стандартної і нестандартної ситуації. Принцип  
свідомості, самостійності та активності з інтенсифікацією самостійної роботи лі-  
карів-інтернів. Принцип формування загальнолюдських цінностей, морально-

етичної та правової культури, дотримання вимог медичної етики і деонтології, впровадження Етичного кодексу лікаря України. Практика показує, що використання нових форм сучасного навчання дозволить значно збільшити можливості та мотивацію післядипломної освіти, розширити контингент учнів, скоротити час і підвищити ефективність освітнього процесу. Дидактичні принципи навчання в інтернатурі створюють єдиний цілісний підхід до підготовки лікарів-інтернів, що дозволяє готувати фахівців, конкурентоспроможних на європейському та світовому ринках праці.

### **Література**

1. Галацан О.В. Співробітництво ГУОЗ з ХНМУ по вдосконаленню післядипломної підготовки лікарських кадрів / О.В. Галацан, І.В. Мельнік // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у ХНМУ: матеріали XXXIX навч.метод. конф. - Харків. - 2012. - С. 7-9.
2. Дозорнов М.Г. Современные проблемы учебных центров и пути их решения // Виртуальные технологии в медицине. – 2010. – № 2 (4). – С. 4-6.
3. Олифірова, О.С. Методика подготовки врача-хирурга в интернатуре / О.С. Олифірова, А.А. Стукалов, Д.А. Оразлиев // Материалы международной науч.-метод.конф. «Инновационные технологии в совершенствовании качества образования». – Благовещенск, 2014. – С. 118–121.
4. Проблеми та перспективи вищої медичної освіти у реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні/ В.М. Мороз, Ю.Л. Гумінський, Л.В. Фоміна (та ін.) «Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р.»: тези доп. наук.-метод. конф. – Вінниця, 2015. -С. 2-6.
5. Проблемы и особенности проведения научно-исследовательской работы молодыми учеными-студентами, интернами, магистрами, аспирантами, соискателями / Ю.В. Митин, В.М. Васильев, Ю.В. Деева // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2013. -№ 4- С. 82-91.
6. Федоров А.В., Горшков М.Д. Отработка базовых эндо-хирургических навыков на виртуальных тренажерах. Обзор литературы // Виртуальные технологии в медицине. – 2009. – № 2 (2). – С. 16-28.
7. The effect of hi-fisimulation on educational outcomes / D.L. Rodgers et. at. // Simulation in Healthcare. – 2009. – №4. – P. 200-206.

## **РОБОТА СЕКТОРУ СПРИЯННЯ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЮ ВИПУСКНИКІВ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

*В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В., Домніна І.М.*

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.08.2010 р. №1726 «Про підвищення рівня працевлаштування випускників вищих навчальних закладів» у складі Навчально-наукового інституту післядипломної освіти продовжує роботу створений в ННПО ХНМУ сектор сприяння працевлаштуванню випускників, основними завданнями якого є:

- вивчення постійного попиту і 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 та 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 [1].

Метою діяльності сектору 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 та поновлення бази даних вільних вакансій лікарів-спеціалістів в лікувальних установах Харківського регіону та інших регіонів України [2].

Налагоджена співпраця ХНМУ з державною службою зайнятості Харківської області – Харківським обласним та міським центрами зайнятості, Департаментом у справах молоді та спорту. В межах угоди про «Спільну діяльність» та «Плану спільних дій» між нашим університетом та міським центром зайнятості, центр надсилає на університет інформацію щодо потреби лікувальних закладів Харківського регіону в лікарях-спеціалістах. Ця інформація розміщується на сайті ХНМУ та доводиться до інтернів та випускників ХНМУ. Проводяться інформаційні зустрічі в інформаційно-консультаційному центром Харківського обласного центру зайнятості з актуальних питань зайнятості молоді [3].

На сайті нашого університету розміщено інформацію щодо створеного сектору, техніки ефективного пошуку роботи та інформацію щодо вільних вакансій лікарів-спеціалістів в лікувальних установах та організаціях Харкова і Харківської області та інших регіонів України, а також на сайті ХНМУ відкрито вільний доступ до on-line ресурсу для пошуку роботи, який безкоштовно збирає вакансії з сайтів пошуку роботи 64 країн світу. В Україні налічує понад 500 000 вакансій і збирає всі пропозиції від роботодавців, які доступні в інтернеті.

З випускниками ХНМУ, які звертаються в ННІПО з питань працевлаштування, проводиться індивідуальна робота, пропонуються наявні вакантні лікарські посади в лікувальних установах Харківщини та інших областей, що надали відповідні пропозиції до нашого навчального закладу, формується база даних вакантних робочих місць. За результатами звернень лікарів-інтернів є позитивні результати отримання першого робочого місця після закінчення навчання в інтернатурі.

Згідно наказу МОЗ України від 28.05.2012 № 390 «Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямами і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів» Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ проводить роботу з надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам ХНМУ, які навчались за державним замовленням.

У 2015 році одноразову адресну грошову допомогу отримали 75 лікарів:

- Харківська обл. – 40 лікарів;
- Чернігівська обл. – 3 лікаря;
- Полтавська обл. – 6 лікарів;
- Черкаська обл. – 3 лікаря;

- Миколаївська обл. – 2 лікаря;
- Рівненська обл. – 2 лікаря;
- Сумська обл. – 6 лікарів;
- Кіровоградська обл. – 6 лікарів;
- Херсонська обл. – 1 лікар;
- Київська обл. – 4 лікаря;
- Донецька обл. – 1 лікар;
- Хмельницька обл. – 1 лікар.

У 2016 році одноразову адресну грошову допомогу отримали 65 лікарів:

- Харківська обл. – 46 лікарів;
- Волинська обл. – 2 лікаря;
- Черкаська обл. – 2 лікаря;
- Вінницька обл. – 1 лікар;
- Чернігівська обл. – 3 лікаря;
- Херсонська обл. – 1 лікар;
- Сумська обл. – 1 лікар;
- Луганська обл. – 2 лікаря;
- Миколаївська обл. – 1 лікар;
- Донецька обл. – 2 лікаря;
- Полтавська обл. – 4 лікаря.

У 2017 році одноразову адресну грошову допомогу отримали 36 лікарів:

- 1 Харківська область - 20 лікарів
- 2 Полтавська область – 4 лікаря
- 3 Черкаська область – 4 лікаря
- 4 Кіровоградська область – 1 лікар
- 5 Донецька область – 2 лікаря
- 6 Дніпропетровська область – 2 лікаря
- 7 Сумська область – 2 лікаря
- 8 Житомирська область – 1 лікар.

Завдяки кафедральним колективам, ректорату, особисто ректору університету проф. В.М.Лісовому, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти планомірно, веде свою роботу та розвивається згідно визначених керівництвом університету цілей та задач, з огляду на сучасний стан розвитку післядипломної освіти, медичної науки та практики.

### **Література**

1. Розпорядження КМ від 27.08.2010 № 1726-р, КМ України Про підвищення рівня працевлаштування випускників вищих навчальних закладів.
2. Проблеми працевлаштування випускників ВНЗ в Україні / А. В. Сало // Бізнес Інформ. – 2015. – № 8. – С. 64-69.
3. Зайнятість: випробування кризою // Урядовий кур'єр. – 2010. – №4 (26 січня). – с. 6.

## **ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

Незважаючи на значний науково – технічний прогрес в галузі медицини, дитячі інфекційні хвороби залишаються не тільки великою медичною, але й соціально–економічною проблемою. Вони є однією із основних причин інвалідності та смертності дитячого населення в усьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 24,7% всіх смертей у світі зумовлено саме інфекційною патологією. Згідно з оперативними даними МОЗ України за 2017 рік спостерігається значне збільшення випадків захворюваності на кір. Загалом у 2017 році кір зареєстрований у 15 регіонах України. Станом на 13 червня 2017 року в Україні зареєстровано 735 випадків кору, із них 536 випадків – у підлітків та дітей. Мають місце і летальні випадки, як у 2017 році, так і в 2018 році. Гострі захворювання респіраторного тракту, як і раніше, також залишаються достатньо розповсюдженими інфекційними захворюваннями дитячого віку. За даними ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України», сумарний показник захворюваності на грип й гострі респіраторні вірусні інфекції за сезон 2016 – 2017 рр. склав 460,8 на 100 тис. населення. Серед хворих більш висока питома вага, (близько 70%), припадала на дітей у віці до 17 років, при чому найбільша частота захворювань у дітей відзначалась у віці 5 – 14 років. Частіше медичної допомоги в умовах стаціонару потребували діти до 4 років. За останні 40 років відкрито більш як 20 нових раніше невідомих вірусів, деякі із них викликають смертельно небезпечні захворювання. Це, в першу чергу, вірус гарячки Ебола, Марбург, Ласса, Західного Нілу, вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), віруси гепатиту С, Д, Е. У своїй практичній діяльності лікарі багатьох спеціальностей зустрічаються із захворюваннями, що викликаються вірусами із сімейства *Herpesviridae*. Герпесвіруси (ГВ) широко розповсюджені в людській популяції, вони здатні вражати всі органи та системи організму дитини викликаючи латентну, гостру чи хронічну форми інфекції. ГВ чинять несприятливий, а іноді й фатальний вплив на перебіг вагітності й пологів, викликають патології у плода і новонароджених. ГВ являється кофактором прогресування ВІЛ – інфекції та СНІДу.

Хвороби центральної нервової системи інфекційної природи займають друге місце серед причин первинної інвалідності населення, поступаючись лише судинній патології головного мозку. В структурі загальної патології нервової системи питома вага нейроінфекцій становить близько 40%. Частота менінгітів серед усіх органічних уражень нервової системи становить 27 – 29%. Менінгіти являються найпоширенішою формою нейроінфекцій у дітей, особливо віком до 5 років.

За останніми даними прогнозується підйом захворюваності на дифтерію.

Відомо, що одним із найбільш дієвих методів боротьби з інфекційними захворюваннями у світі є проведення імунопрофілактики. Експерти ВООЗ вважають, що тільки діями медичних працівників багатьох регіонів світу можна досягти успіху в подоланні тяжких інфекційних хвороб.

Все вище викладене свідчить про безперечну актуальність інфекційної патології у дітей. Ця проблема потребує поглибленого вивчення інфекційних хвороб у дітей, починаючи з інтернатури, лікарями різного фаху. Значна частина випускників, особливо педіатричного факультету, працюють в закладах первинної ланки медико – санітарної допомоги в якості лікарів загальної практики. Саме на них, в

основному, покладаються питання профілактики, діагностики та амбулаторного лікування поліклініки (первинна ланка).

Наша кафедра є одною із головних клінічних баз по підготовці лікарів інтернів з суміжного циклу «Дитячі інфекційні хвороби». На кафедрі навчаються лікарі-інтерни за фахом «Педіатрія», «Дитяча хірургія та анестезіологія» та «Сімейна медицина». Не зважаючи на провідне місце дитячих інфекційних хвороб в структурі дитячої захворюваності, в останні роки не проводиться підготовка лікарів-інтернів зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби».

На нашій кафедрі відповідна лікарська підготовка є провідною для правильної діагностики інфекційних захворювань з метою вибору своєчасної медичної тактики. Після проведення диференційної діагностики лікар вирішує питання пов'язані з направленням пацієнтів у стаціонар, при необхідності, на консультацію до лікарів суміжного профілю, лабораторне та/чи інструментальне обстеження. На наш погляд, основою формування правильного клінічного мислення є аудиторна самостійна робота лікарів-інтернів біля ліжка хворого з наступним клінічним розбором разом з викладачем, нічні чергування в базовій дитячій інфекційній клініці, доповіді про чергування на лікарський п'ятихвилинці, участь в клінічних та патологоанатомічних конференціях, семінарах різного рівня. Але до цього треба дійти через теоретичну підготовку і відпрацювання практичних навичок за допомогою різних видів симуляційного навчання. При реалізації освітніх програм на кафедрі постійно вводяться та використовуються сучасні освітні технології з максимально приближеними до реальності імітаціями клінічних процесів з прийняттям правильних рішень. Для вирішення поставлених задач продовжують застосовуватися різні засоби навчання: ситуаційні задачі, банк учбових посібників і методичних рекомендацій, мультимедійні презентації, комп'ютерні технології, учбові відеофільми, а також впровадження сучасних методів профілактики, діагностики та лікування у відповідності зі стандартними методами доказової медицини. Велике значення має правильна організація учбового процесу і впровадження нових форм і методів викладання дисципліни. На кафедрі постійно напрацьовуються навчально-методичні матеріали, які використовуються викладачем на практичних заняттях. Під час аудиторної самостійної роботи лікар-інтерн рецензує виписки із учбової історії хвороби з фотокартками хворих на кір, краснуху, паротитну інфекцію та інші. Поява комп'ютерного симуляційного навчання на наш погляд є розумним і необхідним направленням у навчальному процесі. Слід відмітити, що кафедра забезпечена комп'ютерним класом, де кожен лікар-інтерн має змогу індивідуально відпрацьовувати навчальні тематичні програми і здавати, під контролем викладача, теми та диференційні заліки. Викладачами кафедри підготовлені та введені комп'ютерні програми з базами ситуаційних задач на основі реальних історій хвороб хворих на дифтерію, кір, кашлюк, інфекційні екзантеми та інші. Задачі складені диференційовано в залежності від етапу навчання для вирішення яких потребуються знання диференційної діагностики та невідкладної допомоги. Варіанти рішення задач обговорюються на заняттях у присутності усієї групи лікарів-інтернів, проводиться аналіз допущених помилок. Маючи теоретичну підготовку, володіючи практичними навичками і відпрацювавши віртуальний алгоритм діагностики, диференціальної діагностики, лікування та надання невідкладної допомоги лікар-інтерн курує хворого і доповідає перед лікарями-інтернами та лікарями клініки. Кафедра також має напрацьовану комп'ютерну базу тестів що-

до Крок-3 і постійно її поновлює. Викладачі кафедри приймають активну участь у підготовці та проведенні державних іспитів

Таким чином, навчання на кафедрі дитячих інфекційних хвороб сприяють підвищенню знань лікарів-інтернів різного фаху, формуванню клінічного мислення, як головного практичного навичка, який повинен засвоїти лікар-інтерн. Зважаючи на поширеність інфекційної патології у дітей ми вважаємо цілеспрямованим збільшення кількості учбових годин щодо проведення практичних занять і лекцій на нашій кафедрі. На наш погляд, підготовка лікарів-інтернів буде більш ефективною, раціональною і економічно - цілеспрямованою щодо надання медичної допомоги дітям з інфекційною патологією, якщо буде збільшена кількість годин на вивчення дисципліни «Дитячі інфекційні хвороби».

## **ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД НАЯВНИХ ПРОБЛЕМ, ЩО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ «АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ» НА КАФЕДРІ МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХНМУ**

*Волкова Ю.В., Кудінова О.В., Науменко В.О.*

Попит української системи охорони здоров'я на лікарів-спеціалістів з фаху «анестезіологія» в останні 10 років не має тенденції до зниження. Справа їх гідної підготовки, яку виконує педагогічний колектив кафедри МНС,А та ІТ ХНМУ є досить важливою складовою загальної підготовки спеціалістів, що виконує навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ.

Але, не зважаючи на загалом позитивний результат цієї справи, ми бажаємо звернути увагу на наявність деяких проблем, вирішення яких, на нашу думку, безсумнівно може рішучі вплинути на підвищення якості підготовки лікарів-анестезіологів. Керуючись цим, ми вирішили винести на загальний розсуд основні проблеми, з якими ми постійно стикаємося при підготовці лікарів-інтернів.

Першою проблемою ми вважаємо відсутність будь-якого фахового відбору студентів випускників, за їх особливими якостями і рисами, що стають до навчання в інтернатурі з фаху «анестезіологія». Ні фахівці кафедри, ні, навіть, фахівці ННПО ХНМУ не мають будь-яких дієвих важелів впливу на цей процес. І це у той час, коли фахівець з будь-якої галузі виробництва вам наголосить, що відсутність контролю за якістю «сировини» на вході у виробничий процес унеможливує будь-який контроль за якістю «продукції» на завершені процесу. До інтернатури з фаху «анестезіологія» досить часто зараховуються випускники, які і гадки не мають «що воно, за спеціальність, така, медична». Конфлікт між поглядами таких новачків і реальністю та вимогами фаху призводить до значущої психологічної кризи, а слідом до неконструктивних шляхів виходу з неї. Підтвердженням цього є той факт, що за останні 5 років майже 19% випускників інтернів кафедри пішли зі спеціальності, перекваліфікувалися і працюють з іншого медичного фаху. Нажаль кошти і моральні зусилля, які були витрачені при підготовці такого спеціаліста, виявляються марними. В той же час інші студенти-випускники, які в змозі були б опонувати фах «анестезіологія» та мати у ньому успіх, залишаються непримітними, невиявленими і не заохочуваними до опанування цього фаху. Незважаючи на те, що у кафедри МНС,А та ІТ є відповідно розроблені і перевірені системи відбору та тестування, ніяких юридичних та законодавчих підстав для їх застосування немає.

Другою проблемою, з якою постійно стикаються фахівці кафедри, у справі підготовки лікарів-інтернів, є надзвичайно низький рівень базових медичних знань. Особливо з патологічної фізіології, клінічної біохімії, фармакології. Напрочуд дивним є відсутність, взагалі, знань з боку правового забезпечення сучасної української системи охорони здоров'я, юридичних норм її функціонування та особистих юридичних прав та обов'язків лікаря та пацієнта в Україні. Анестезіологія дуже симультанна та юридично відповідальна спеціальність, у якій лікар, майже повсякденно, може стикатися з таким станом, як смерть пацієнта, тому вищезгадані знання зайвими ніяк би йому не були.

Але ми дуже далекі від яких би то було дорікань та зауважень до колег-викладачів суміжних кафедр, і, насамперед тому, що знання з анестезіології, які, до речі, за програмою викладають на п'ятому курсі і які ми в змозі професійно контролювати у випускників, вже зарахованих до навчання в інтернатурі, теж не вражають своїм виживанням. Середній їх рівень знаходиться між «задовільно» і «дуже задовільно», іноді вони, навіть, зовсім відсутні. Тому проблему якості попереднього навчання і виживання знань ми вважаємо третьою за важливістю проблемою, яка впливає на якість процесу навчання в інтернатурі. А вона, в свою чергу, невід'ємно пов'язана з проблемою мотивації до навчання. Саме відсутність надійної мотивації є причиною багатьох ускладнень процесу навчання. Проблема мотивації в педагогіці класично визнана базовою. Треба тільки звернути на неї увагу. Сучасний лікар-інтерн з фаху «анестезіологія» мало вмотивований до якості свого навчання. Він впевнений у позитивному розвитку подій, щодо отримання сертифікату спеціаліста, бо історія не пам'ятає випадків в відрахування з інтернатури за причиною неуспішності навчання. Тобто найважливіший мотиватор у процесі життєдіяльності людини – страх, у нього відсутній. В тім саме він присутній у мотиваційній складовій діяльності педагогів-викладачів, бо, досить часто, замість висновку «не навчився» доводиться слухати висновок «не навчили». Можливість відрахування за неякісне виконання обов'язків повинна бути реальністю з обох сторін. Інші мотиваційні фактори як то: створення умов для навчання, виховання і підтримки відповідної самооцінки, особистий приклад теж не на 100% використовуються в практиці, що, звісно, не дуже сприяє позитивному результату.

Щодо умов навчання, то тут основна проблема полягає у відносинах адміністрацій базових клінік та кафедри. Адміністрація клінік дуже часто вважає наявність кафедри «зайвим навантаженням» і не дуже схильна до співпраці, чим виявляє недержавний підхід до питань підготовки майбутніх фахівців. Нажаль, відповідна оцінка такого підходу з боку влади і охорони здоров'я відсутня. Відсутня також дієва оцінка особистих якостей лікарів, що призначаються керівниками лікарів-інтернів на заочному циклі навчання. Дієвий контроль підсумків якості їхньої діяльності взагалі відсутній, а це 50% часу, що відведено для навчання в інтернатурі. За останні 5 років ми 5 разів доводили до колег керівників, що навчання лікарів-інтернів на заочному циклі є чітко юридично регламентованим, доводили зміст програми навчання і наказів МОЗ, що регламентують цей процес, особливо наголошуючи, що керівник не в змозі керуватися в процесі навчання «потребами відділення», а повинен діяти тільки у правовому законодавчому полі. Для цього існують правові нормативні документи: накази, розпорядження та інструкції. Але, нажалю, суттєвих зрушень та взаєморозуміння у цій спільній справі ми

поки не домоглись. І не останню роль у цьому відіграє байдужість деяких головних лікарів базових лікувальних закладів до цієї справи.

Наступна проблема – працевлаштування молодих лікарів, які щойно закінчили інтернатуру. Якщо у лікарів-інтернів, що навчаються за рахунок бюджету, це питання вирішене, то лікарі-інтерни з фаху «анестезіологія», що навчаються за контрактом постають перед значною проблемою подальшого працевлаштування, у вирішенні якої рідний учбовий заклад найчастіше їм не в змозі допомогти.

Відзначаючи основні проблеми з якими ми стикаємося у процесі навчання лікарів-інтернів з фаху «анестезіологія» ми наголошуємо, що це особистий погляд, розповсюдження якого на інші спеціальності ми не прагнемо.

Вважаємо за потрібне ділитися цим поглядом з іншими фахівцями тому, що виявлення та формулювання проблеми вже є першим кроком до її вирішення, незалежно від того, якого рівня адміністрування потребує рішення тієї чи іншої проблеми. Відсутність вирішення проблеми народжує нові, ще більші і важчі в вирішенні проблеми, тому своєчасний наголос наявних проблем є першим кроком до їх вирішення.

## **СХЕМА ПРИЙНЯТТЯ ДИНАМІЧНИХ РІШЕНЬ ВИХОДУ З КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ, ЩО ПОВСЯКДЕННО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА**

*Волкова Ю.В. Кудінова О.В. Науменко В.О.*

Однією з притаманних спеціальності анестезіології рис є наявність великої кількості ситуацій, де важливі рішення, від яких залежить життя пацієнта і які повинні бути прийняті вірно і в дуже стислий термін. Помилка найчастіше є неоправною, тому готовність та здатність до прийняття таких рішень повинна виховуватись у лікарів-інтернів з фаху «анестезіологія» з перших кроків навчання спеціальності. На кафедрі медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії Харківського національного медичного університету запропоновано схему дій, згідно якої навіть недосвідчений фахівець здатен приймати рішення з меншою кількістю фатальних помилок.

Анестезіолог відповідає за розпізнання та вирішення проблеми на ранніх стадіях її виникнення. Робота анестезіолога полягає в тому, щоб вчасно втрутитися та попередити дію шкідливих факторів на пацієнта. Звичайно, найбільша загроза виходить з проблеми, яка швидко виникає або якій притаманні особливо тяжкі прояви. Однак, будь-яка проблема, яка не може вирішитися сама, може розвинути в несприятливий для хворого результат, може стати кризою.

Першою зброєю у вирішенні кризи є розпізнавання та вихід із проблеми.

Модель етапів динамічного прийняття рішень виходу із критичних ситуацій.

### **1. Спостереження.**

Оволодіння динамічними ситуаціями залежить від реакції анестезіолога на багато джерел швидко мінливої інформації. До них відносяться результати клінічних спостережень, контроль за операційним полем, дії медичних сестер, відсмоктувачами, використаними тампонами, поява нормальних та незвичних звуків від хворого або апаратури, повідомлення про лабораторні дослідження та рентген дані. Можливості людського мозку обмежені концепцією уваги не більш, ніж на одному або двох об'єктах одночасно. Проте анестезіолог повинен вирішити яку інформацію він повинен вибрати і як часто її використовувати.

Насправді увага анестезіолога настільки обмежена, що згодом становиться надзвичайно важливо її раціонально розподілити на протязі всього процесу.

Пильність (девiз Американської асоціації анестезіологiв), яку визначають, як здатність підтримувати увагу, має вирішальну роль при спостереженні та виявленні проблеми і являється необхідною передумовою якісної допомоги хворому.

2. В умовах операційної не вся інформація є достовірною. Моніторинг ведеться інвазійними та непрямими методами. Внаслідок цього створюється підґрунтя для артефактів:

Методи перевірки:

- повторне спостереження або аналіз короткочасної тенденції;
- перевірка даних по будь-якому додатковому каналу;
- співставлення кількох взаємопов'язаних показників;
- введення нових, додаткових видів моніторингу;
- перевірка апаратури;
- заміна прибору запасним;
- з'ясування думки інших анестезіологів або технічного персоналу;

3. Розпізнавання проблеми.

Після спостережень та перевірки їх результатів, необхідно вирішити, чи є інформація достовірною. Нажаль, значна ступінь невизначеності, притаманна процесу анестезії, є причиною того, що потік даних, які надходять не завжди виявляє проблему. І навіть, якщо вона виявлена, не дозволяє визначити її суть та причину. Готуючись до наркозу, анестезіолог повинен налаштуватись на розпізнавання специфічних проблем, можливих у конкретного пацієнта або при певному оперативному втручанні.

Анестезіолог зобов'язаний вирішити чи пояснює діагноз, який мають на увазі, всі отримані дані або за ним стоять інші причини. Помилкове направлення уваги тільки на проблеми, які мають на увазі, може серйозно ускладнити ситуацію у тому випадку, коли ці припущення не виправдані.

4.Прогнозування змін у стані пацієнта.

Проблему слід оцінити з точки зору її значущості для стану пацієнта у майбутньому. Прогнозування стану хворого впливає на планування дій й тим, що допомагає визначити часові рамки, необхідні для цих дій.

5. Заготовлені варіанти й абстрактні роздуми.

Перша відповідь досвідченого анестезіолога на більшість інтраопераційних подій ґрунтується на заздалегідь складених правилах, розрахованих на певні проблеми. З іншої сторони, навіть оптимізовані заготовки, приречені на невдачу у випадку, якщо етіологія проблеми виявилась не той, що передбачувалась або звичайні дії, які стали не ефективними. За цією причиною не бажано відноситись до анестезії, як до комплексу дій за готовими рецептами. Далі, у випадку, коли потрібна оперативність дій, необхідний ретельний аналіз ситуації з використанням фундаментальних медичних знань.

6.Координація дій через контролюючий нагляд.

Увага анестезіолога розподіляється між багато чисельними завданнями та кількома проблемами одночасно. Справа не тільки в надлишку задач, але й у тому, що завантаженість анестезіологів іноді знижує його здатність реагувати на інші події.

7.Виконання дій.

Особливістю анестезіології є та обставина, що той, хто приймає рішення не тільки дає команду, але й безпосередньо приймає участь у її виконанні. Це потребує значної уваги та може погіршувати здатність анестезіолога виконувати інші функції.

#### 8. Повторна оцінка.

Початкове визначення та оцінка ситуації можуть бути невірними. Особливо, якщо інформація не дозволила ідентифікувати проблему точно. Крім того, іноді виникає кілька проблем, що потребують одночасного рішення. Тільки часта повторна оцінка ситуації дозволить анестезіологу адаптуватись до обставин, що динамічно змінюються. Коли робоче навантаження перевищує можливості ресурсів, які існують, анестезіолог повинен допомогти організувати допомогу ззовні та розподілити роботу між присутніми. Треба розуміти, що незалежно від того наголошена чи не наголошена проблема об'єктивна необхідність її вирішення нікуди не подінеться. Відсутність вирішення проблеми народжує нові ще більші і важчі вирішення проблеми. Тому своєчасний наголос наявних проблем завжди є першим кроком до їх вирішення.

### **ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЬЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» З РОЗДІЛУ «ПЕДІАТРІЯ» НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ №1 ТА НЕОНАТОЛОГІЇ**

*В'юн В.В., Гончарь М.О., Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г.,  
Логвінова О.Л., Муратов Г.Р., І.Ю.Кондратова*

**Вступ.** На сучасному етапі реформи охорони здоров'я України виникає ряд актуальних питань, що торкаються проблем вищої медичної до- та післядипломної освіти, котрі пов'язані з переходом на систему підготовки лікаря загальної практики - сімейного лікаря [ 1 ].

**Мета.** Аналіз досвіду підготовки лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика - сімейна медицина» з розділу «Педіатрія» на кафедрі педіатрії №1 та неонатології.

**Основна частина.** Кафедра педіатрії №1 та неонатології налічує майже 50-річний досвід навчання лікарів-інтернів за фахом «Педіатрія». За цей час підготовлено до самостійної практичної діяльності понад 800 молодих спеціалістів. З 2009 кафедра проводить підготовку лікарів-інтернів за фахом «Неонатологія» (підготовлено 20 лікарів неонатологів). З 2015 року на клінічних базах кафедри навчаються лікарі-інтерни зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» за курсом «Здоров'я дитини». Для навчання лікарів-інтернів використовуються бази кафедри: КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня» (ОДКЛ), КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня-центр екстремальної медичної допомоги і медицини катастроф – Регіональний перинатальний центр», Обласний клінічний перинатальний центр, КЗОЗ «Міська дитяча поліклініка №2», КЗОЗ «Обласний спеціалізований дитячий будинок №1».

В умовах реорганізації системи охорони здоров'я, дотримуючись вимог Всесвітньої Федерації медичної освіти (2002) - триплету стандартів поліпшення якості освіти (базової та післядипломної медичної освіти), забезпечуючи безперервний професійний розвиток лікаря, сформована концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні [2]. Підготовка лікарів загальної практики - сімейної медицини повинна здійснюватися відповідно до чинних директивних до-

кументів і згідно вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря - спеціаліста за фахом «Загальна практика - сімейна медицина». В процесі навчання лікарі-інтерни повинні набути професійні практичні навички та вміння, сформувати певні професійні компетенції, необхідні для самостійної лікарської діяльності [3]. Основним документом, що регламентує підготовку сімейних лікарів у інтернатурі, є Навчальний план та уніфікована програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» за останньою редакцією 2015 року. Програма охоплює весь обсяг необхідних теоретичних знань, умінь і практичних навичок, необхідних лікарю-спеціалісту для самостійної роботи в закладах первинної ланки охорони здоров'я та надання кваліфікаційної лікарської допомоги дітям. Навчальний план інтернатури за фахом «Загальна практика- сімейна медицина» включає курс «Здоров'я дитини», який охоплює розділи «Профілактична робота і контроль за станом здоров'я і розвитком дітей», «Фізіологія та патологія неонатального періоду» та «Ведення пацієнтів з поширеними хворобами різних органів та систем дитини».

Потужна клінічна база кафедри педіатрії №1 та неонатології дає можливість забезпечити підготовку лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика - сімейна медицина» згідно вимог навчального плану та програми. Навички профілактичної роботи і контролю за станом здоров'я, розвитком дітей лікарі-інтерни набувають на базі КЗОЗ «Міська дитяча поліклініка №2», де вони також засвоюють основні принципи спілкування з дитиною та її батьками. Покращенню засвоєння практичних навичок за розділом «Фізіологія та патологія неонатального періоду» сприяє навчання інтернів на базі КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня-центр екстремальної медичної допомоги і медицини катастроф – Регіональний перинатальний центр», оснащеного сучасним обладнанням, де проводять заняття з лікарями-інтернами професори та доценти кафедри, які мають спеціалізацію за фахом «Неонатологія». Лікарі-інтерни кафедри педіатрії №1 та неонатології мають можливість вивчати усі нозологічні форми захворювань дитини, регламентовані навчальною програмою інтернатури, на клінічній базі кафедри – багатопрофільній дитячій лікарні КЗОЗ «ОДКЛ».

Навчальний процес лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика - сімейна медицина» на кафедрі педіатрії №1 та неонатології включає різні форми навчання: лекції, які читають професори та доценти кафедри, семінари, практичні заняття, участь у клінічних та клініко-анатомічних конференціях, клінічних обходах, участь в проведенні інструментальних та функціональних методів обстеження пацієнтів, чергування в клініці та відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, тощо. Накопичений досвід свідчить про те, що організація практичної підготовки лікарів-інтернів потребує особливої уваги, оскільки випускники вищих навчальних медичних закладів, мають достатню теоретичну базу, але відчують дефіцит практичних навичок у лікувальній діяльності [4]. У зв'язку з цим, викладачі кафедри постійно працюють над активізацією навчального процесу лікарів-інтернів, для чого у навчання впроваджено відпрацювання практичних навичок на муляжах та фантомах. Кафедра придбала «педіатричний тренажер життєзабезпечення» - манекени новонародженого, немовлят 3, 6 місяців та дитини 5 років та тренажер верхньої кінцівки для проведення ін'єкцій. За допомогою цих тренажерів лікарі-інтерни засвоюють та вдосконалюють практичні навички з серцево-легеневої реанімації дітей різного віку, інкубації трахеї, внутрішньовенних, внутрішньом'язо-

вих, підшкірних та внутрішньо- шкірних ін'єкцій, мають можливість виконувати офтальмологічні процедури, назогастральні та вушні маніпуляції, можливість встановлення шлункового зонду. Для самопідготовки лікарів-інтернів використовуються фонди кафедральної бібліотеки. На сайті кафедри педіатрії №1 та неонатології розміщені презентації та тези лекцій з актуальних питань педіатрії, тестові завдання та ситуаційні задачі. Лікарі-інтерни кафедри беруть активну участь у сесансах телемедицини, які проводяться кожного місяця на базі КЗОЗ «ОДКЛ», Під час дистанційного навчання інтерни мають змогу почути лекції, що читають видатні вчені України, прийняти участь у клінічних розборах та фахових конференціях в режимі «On-line».

**Виводи.** Підвищити ефективність підготовки лікарів-інтернів загальної практики-сімейної медицини можливо шляхом активації навчального процесу. Впровадження інтерактивних методів навчання на різних етапах навчального процесу сприяє не тільки підвищенню їх теоретичної підготовки, а і формує у інтернів краще засвоєння практичних навичок.

### Література

1. Лісовий В.М. Про стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів в Харківському національному медичному університеті / В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.В. В'юн. // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів в Харківському національному медичному університеті: матеріали 43-ї навчально-методичної конференції, Харків, 11 квітня 2017р. / ХНМУ. – Харків, 2017. – С. 1-10.
2. Лінчевський О.В. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах / О.В. Лінчевський, В.М. Черненко, Ю. С. П'ятницький, І.Є. Булах // Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні: Матеріали XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ, Тернопіль, 18-19 травня 2017 р. / Тернопіль, 2017. – С. 3-5.
3. Сімейна медицина: Підручник: у 3-х т. Т.1/ О.М.Гіріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С.Попік, А.С.Свінцицький та ін.; за ред.. О.М. Гіріної, Л.М. Пасієшвілі, Г.С.Попік.- К.: Медицина,2013.-672 с.
4. Мокия-Сербина С.А., Пути совершенствования подготовки врачей-интернов педиатров и общей практики- семейной медицины по разделу «Педиатрия»/С.А. Мокия-Сербина, Т.В.Литвинова, В.В. Чечель //Здоровье ребенка. – 2015.- №6(66). - С.142-144.

## ГОСТРІ РАДІАЦІЙНІ УРАЖЕННЯ

*Гуйда П.П.*

За умов сучасної війни із застосуванням ядерної зброї серед санітарних втрат будуть переважати радіаційні ураження. Однак і в мирний час радіаційні ураження, перш за все гостра і хронічна променева хвороба, не відносяться до казуїстичних, про що свідчать наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, які протягом тривалого часу будуть впливати на стан здоров'я населення, спричиняючи розвиток різних захворювань, в першу чергу у осіб, які приймали участь в ліквідації наслідків аварії.

До гострих радіаційних уражень відносяться гостра променева хвороба, гострі місцеві ураження, поєднані та комбіновані радіаційні ураження.

Гостра променева хвороба (ГПХ) – загальне захворювання, яке виникає під впливом одноразового, повторного або тривалого (протягом кількох годин і днів)

опромінювання усього тіла чи більшої його частини іонізуючими випромінюваннями (рентгенівські та гамма-промені, нейтрони) в значних (понад 100 рад) дозах і характеризується певною періодичністю перебігу та полісиндромністю клінічних проявів, серед яких провідними є симптоми ураження серцево-судинної і нервової систем, травного тракту і системи кровотворення.

В патогенезі ГПХ головну роль відіграє непряма дія радіації на молекули води, в результаті чого утворюються високоактивні речовини, яким властива виражена хімічна активність і які легко вступають в сполучення із сульфгідрильними групами білків, що призводить до інактивації ферментів. При значних дозах опромінювання виникає первинний біофізичний ефект, обумовлений денатурацією білка та втратою ним своїх функціональних та органічних властивостей, що призводить до протеолізу та аутоінтоксикації (у вигляді аутоагресії). Розвивається також деполімеризація нуклеопротеїдів, що значно знижує життєдіяльність клітин і ферментативну активність.

Клінічні прояви ГПХ залежать перш за все від ступеня важкості та періоду захворювання. В залежності від дози опромінювання виділяють 2 форми ГПХ – кістково-мозкову (типову), яка розвивається при дозі опромінювання від 100 рад (1 греї) до 1000 рад (10 греї), і блискавичну (атипову), коли доза опромінювання перевищує 1000 рад (10 греї).

При типовій формі ГПХ в залежності від отриманої дози опромінювання виділяють 4 ступені важкості:

I ступінь (легкий) – 100-200 рад;

II ступінь (середньої важкості) – 200-400 рад;

III ступінь (важкий) – 400-600 рад;

IV ступінь (надзвичайно важкий) – 600-1000 рад.

В перебігу типової форми виділяють також 4 періоди:

I – початковий період (період первинної реакції на опромінювання);

II – латентний період або період відносного (уявного) благополуччя;

III – період розпалу (період виражених клінічних проявів);

IV – період відновлення.

Період відновлення може продовжуватись від декількох місяців до одного року, а в подальшому протягом багатьох років можуть спостерігатись залишкові явища, ускладнення або віддалені соматичні та генетичні наслідки (так званий період пізніх ускладнень та віддалених наслідків).

До залишкових явищ, ускладнень, віддалених соматичних і генетичних наслідків відносяться:

1. Неврологічні синдроми – астеновегетативний, дієнцефальний, радіаційний енцефаломієлоз.

2. Скорочення тривалості життя.

3. Розвиток катаракти.

4. Зниження плодовитості.

5. Розвиток захворювань системи крові.

6. Розвиток онкологічних захворювань.

7. Генетичні порушення:

- народження дітей з вадами розвитку;

- збільшення дитячої смертності;

- збільшення кількості викиднів і мертвороджених;

- зміна співвідношення кількості народжуваних хлопчиків і дівчаток.

При атипівій (блискавичній) формі ГПХ виділяють 3 варіанти хвороби:

- 1) кишковий – 1000-5000 рад;
- 2) токсемічний (судинний) – 5000-8000 рад;
- 3) церебральний – понад 8000-10 000 рад.

ГПХ легкого ступеня характеризується помірними ознаками астенізації, вегетосудинними, обмінними і гематологічними порушеннями. Первинна реакція відсутня, захворювання може проходити без чітко виражених періодів. В дебюті ГПХ відзначаються загальна слабкість, головний біль, нудота, одноразова блювота. В латентному періоді, тривалість якого складає до 5 тижнів, уражені вважають себе здоровими, але при обстеженні виявляються ознаки астенізації, вегетосудинної дистонії, нестійкість показників крові з тенденцією до лімфоцитопенії, нейтропенії і тромбоцитопенії. В періоді розпалу погіршується самопочуття уражених, посилюються астенізація та вегетативні порушення, виникають ознаки нейросудинної дистонії, погіршується апетит, порушується сон. В крові – лейкопенія ( $3-2 \times 10^9/\text{л}$ ) і тромбоцитопенія ( $80-60 \times 10^9/\text{л}$ ). Усі ці порушення зберігаються протягом 1-2 тижнів. Через 2 місяці після опромінення настає повне клінічне видужання з відновленням працездатності.

При ГПХ II ступеня відзначається більш чітка вираженість періодів. Первинна реакція розпочинається через 2 години і більше і триває до 2 діб. Її прояви – нудота, повторна блювота, загальна слабкість, головний біль, запаморочення, субфебрилітет. Латентний період триває до 3 тижнів і проявляється ознаками астенізації та вегетосудинної дистонії, лейко- і тромбоцитопенії. Період розпалу розпочинається з підвищення температури тіла, погіршення самопочуття. Появляються кровоточивість, інфекційні ускладнення, прогресують гематологічні порушення: лейкопенія – до  $1,5-0,5 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопенія  $60-20 \times 10^9/\text{л}$ , помірна анемія, підвищення ШОЕ до 25-40 мм/год. Цей період продовжується від 2 до 3 тижнів. Відновлення відбувається поступово, розпочинається з появи ознак оживлення кровотворення, зниження температури тіла, покращання самопочуття. Уражені потребують стаціонарного лікування протягом 1-1,5 місяців, в подальшому вони можуть направлятися в санаторій або на амбулаторне лікування.

При ГПХ III ступеня через 30-60 хвилин після опромінення появляється бурхлива первинна реакція, яка триває до 3 діб. Відзначаються збудження, виражені головні болі, запаморочення, різка загальна слабкість, адинамія. Дуже характерні нудота і багаторазова блювота, гіперемія шкіри, субфебрилітет. В крові – виражений нейтрофільний лейкоцитоз і лімфопенія. Латентний період триває до 2 тижнів: відзначаються підвищена втомлюваність, поганий сон, загальна слабкість, анорексія, періодичний головний біль, лабільність пульсу, артеріальна гіпотензія. Наростають лейко- і тромбоцитопенія, зникають ретикулоцити, наприкінці періоду появляється тенденція до анемізації. В періоді розпалу різко погіршується загальний стан, відзначаються стійка гарячка, яка супроводжується ознобами і пітливістю, випадання волосся, виразково-некротичний стоматит і гінгівіт, тонзиліт, пневмонія, різке схуднення. Спостерігаються геморагічні прояви: численні крововиливи на шкірі, носові, шлунково-кишкові, маткові кровотечі. Розвивається сепсис. В крові – виражені лейко- (до  $0,1 \times 10^9/\text{л}$ ) і тромбоцитопенія ( $15-10 \times 10^9/\text{л}$ ), збільшення ШОЕ (до 40-60 мм/год) і тривалості кровотечі. Період розпалу триває 1,5-2,5 тижні. Уражені помирають від загальної інтоксикації, інфекційних усклад-

нень, набряку головного мозку, крововиливів у життєво важливі органи. За сприятливого перебігу симптоми ГПХ поступово затихають і настає тривалий період видужання – поступове відновлення функціонального стану окремих органів і систем. Бурхливо і в короткий строк відновлюється кровотворення із розвитком протягом декількох днів нейтрофільного лейкоцитозу зі зсувом вліво за рахунок появи юних форм, мієлоцитів, промієлоцитів і навіть мієлобластів.

При ГПХ IV ступеня через 5-20 хвилин після опромінення розвивається різко виражена первинна реакція у вигляді неугамовної блювоти, адинамії, колапсу, іноді психомоторного збудження. Відзначаються виражена гіперемія шкіри, почервоніння склер, субіктеричність шкіри та слизових оболонок, підвищується температура тіла до 39°C. Уражених турбують виражені головні болі, запаморочення, спрага. Ці симптоми тривають до 4 діб. В подальшому без чітко вираженого латентного періоду появляються симптоми розпалу хвороби: ранні та прогресуючі порушення кровотворення з розвитком агранулоцитозу, інфекційні ускладнення, кровоточивість, тяжкий загальний стан, кишкові розлади із розвитком обезводнення, прогресуючі порушення функціонального стану нирок, центральної нервової і серцево-судинної систем. Смерть настає наприкінці другого тижня.

При кишковому варіанті атипової форми ГПХ в клінічній картині переважають симптоми ураження шлунково-кишкового тракту. Характерна тяжка і тривала (до 4-5 діб) первинна реакція у вигляді неугамовної блювоти, головного болю, тахікардії, гіпотонії. Відзначаються еритема шкіри, іктеричність склер, субфебрилітет. Протягом другого тижня стан уражених різко погіршується: появляються симптоми гострого ентероколіту, гарячка, ознаки вираженої дегідратації організму, кровоточивість, зміни слизових оболонок рота і глотки, інфекційні ускладнення. Смерть настає протягом другого - початку третього тижня після опромінення.

При токсемічному варіанті провідним в клінічній картині є прогресуючі порушення функціонального стану нервової системи, на фоні яких розвиваються ознаки гострої серцево-судинної недостатності. Відразу після опромінення появляються неугамовна блювота, пронос, нарастають симптоми інтоксикації, виникають гіпертермія, тахікардія, можливий колапс. Відзначаються адинамія, виражені головні болі, запаморочення, розвиваються олігоанурія, азотемія. Смерть настає на 4-5 добу.

Для клінічної картини церебрального варіанту ГПХ характерні дезорієнтація, атаксія, психомоторне збудження, втрата свідомості, розлад дихання, серцево-судинні порушення, виснажливі блювота і пронос з домішками крові, олігоанурія, колапс, клонічні і тонічні судоми. Смерть настає протягом 3 діб.

Діагностика ГПХ базується на показаннях індивідуального або групового дозиметра, анамнестичних даних, характерних клінічних симптомах, результатах лабораторних досліджень, додаткових відомостях, отриманих від осіб, які супроводжували ураженого.

Лікування ГПХ повинно бути комплексним і проводитися із врахуванням ступеня важкості та періоду захворювання, а також із врахуванням клінічних проявів (синдромна терапія).

Для лікування первинної реакції організму на опромінення застосовують протиблювотні засоби (етаперазин, атропін, аерон, церукал), при тривалій неугамовній блювоті уводять фізіологічний і гіпертонічний (10%) розчин хлориду на-

трію. При гострій судинній недостатності призначають мезатон, норадреналін, адреналін, кордіамін, інфузії протишокових рідин; при серцевій недостатності – корглікон, строфантин. Протягом перших годин і днів важливі антигістамінні препарати і дезінтоксикаційна терапія.

В латентному періоді окрім дезінтоксикаційної терапії призначають вітаміни і седативні засоби. При IV ступені ГПХ на 5-10 день після опромінення може проводитися трансплантація кісткового мозку від здорового донора.

В періоді розпалу проводиться комплексна терапія із врахуванням клінічних проявів: антибіотики, препарати крові, кровозамінники, вітаміни, антигеморагічні засоби, антигістамінні та гормональні препарати. Дуже важливі догляд і харчування уражених. При зниженні кількості лейкоцитів до  $1 \times 10^9/\text{л}$  розпочинають профілактику інфекційних ускладнень антибактеріальними препаратами. Для боротьби з кровоточивістю застосовуються засоби, які усувають дефіцит тромбоцитів (нативна і свіжоприготована кров, тромбоцитарна маса), засоби, які підсилюють коагулюючу здатність крові (амінокапронова кислота, суха плазма, фібриноген) і засоби, які впливають на судинну стінку (аскорутин, дицінон), препарати місцевої дії (гемостатична губка, фібринна плівка, сухий тромбін). У випадках розвитку анемії проводять переливання одногрупної резуссумісної крові.

В періоді відновлення основна увага приділяється нормалізації функцій нервової системи та кровотворення. З цією метою призначають метаболічні гормони, стимулюючі та зміцнюючі засоби (пантокрин, секуренін, комплекс вітамінів та інші), препараті заліза, повноцінне харчування.

Для профілактики ГПХ та інших гострих радіаційних уражень застосовують засоби індивідуального та колективного захисту, а також призначають радіопротектори.

## **ОКРЕМІ ФОРМИ ГОСТРИХ РАДІАЦІЙНИХ УРАЖЕНЬ**

*Гуйда П.П.*

До гострих радіаційних уражень окрім гострої променевої хвороби відносяться гострі місцеві ураження, поєднані та комбіновані радіаційні ураження, які мають певні особливості клініки та лікування.

Гострі місцеві радіаційні ураження виникають при опроміненні окремих ділянок тіла достатньо великою дозою іонізуючих випромінювань. Ці ураження характеризуються періодичністю перебігу та різними ступенями важкості. Так, в перебігу місцевого патологічного процесу виділяють 4 періоди:

- 1) період ранньої променевої реакції (первинна еритема);
- 2) латентний період;
- 3) період гострих запальних змін шкіри (період розпалу);
- 4) період завершення (загоєння).

За вираженістю змін розрізняють променеві ураження легкого, середнього, важкого і надзвичайно важкого ступенів, що в основному залежить від дози опромінення.

При опроміненні в дозі 800-1200 рад розвивається легкий ступінь, при якому первинна реакція відсутня, а латентний період триває 3-4 тижні. В періоді розпалу спостерігається гіперемія та поверхневий набряк шкіри, що супроводжується свербіжем і відчуттям печіння. Еритематозні зміни зберігаються протягом 7-10

днів і в подальшому затихають з розвитком сухої десквамації, лущення, сухості та гіперпігментації шкіри.

При променевому ураженні середнього ступеня важкості, яке розвивається при опроміненні в дозі 1200-2000 рад, первинна реакція зберігається від декількох годин до 2-3 днів, латентний період триває до 2 тижнів. На шкірі виникають ділянки гіперемії або ішемічні плями. В періоді розпалу розвивається еритематозно-бульозний дерматит, появляється запальна реакція: підвищується температура тіла, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Через 3-4 тижні пухирі на шкірі розсмоктуються або розкриваються, ерозії епітелізуються. В подальшому на уражених ділянках шкіри виникають гіперкератоз, численні телеангіектазії та пізні радіаційні виразки.

Третій ступінь важкості розвивається при опроміненні дозою 2000-2500 рад. Рання променева реакція виникає через 3-4 години у вигляді пекучої та болісної еритеми, яка зберігається протягом 3-6 днів. Латентний період триває до 7-14 днів після опромінення. В період розпалу виникають вторинна різко болюча еритема, набряк, пухирі, ерозії, первинні радіаційні виразки, які ускладнюються гнійною інфекцією. Відзначаються гарячка, тахікардія, артеріальна гіпертензія, збільшуються лейкоцитоз і ШОЕ. Процес загоювання проходить повільно, можуть розвиватись вторинні виразки, атрофія, контрактури м'язів.

При опроміненні дозою понад 2500 рад виникають вкрай важкі місцеві ураження: різко виражена первинна еритема, крововиливи, некроз. Характерні виражений болісний синдром, прогресуючі некротичні зміни, які переходять в подальшому в гангрену. Розвиваються також виражена загальна інтоксикація та сепсис.

При лікуванні гострих променевих дерматитів застосовуються місцеві новокаїнові блокади з одночасним введенням гідрокортизону, новокаїну, накладання линетолової, поліміксинової і кортикостероїдної мазі.

Поєднані радіаційні ураження виникають при одночасному зовнішньому опроміненні проникаючою радіацією та потраплянні радіоактивних речовин в організм через дихальні шляхи, травний тракт, раневі та опікові поверхні (інкорпорація радіоактивних речовин).

Особливості клініки поєднаних радіаційних уражень полягають в появі протягом перших днів після опромінення запальної реакції кон'юнктиви, слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, відкритих ділянок шкіри, збільшенні тривалості диспептичних проявів, ранньому виникненні кишкових розладів, скороченні латентного періоду, більш глибокому пригніченні кровотворення, розвитку у віддаленому періоді уражень органів, депонуючих інкорпоровані радіоактивні речовини. Часто розвиваються злоякісні новоутворення кісток і кровотворної тканини.

При лікуванні поєднаних радіаційних уражень в першу чергу проводяться заходи, спрямовані на прискорене виведення радіоактивних речовин із організму. Одночасно проводиться терапія, як при гострій променевій хворобі, обумовленій зовнішнім опроміненням.

Комбіновані радіаційні ураження розвиваються при одночасній або послідовній дії іонізуючого випромінювання, механічних, термічних і хімічних факторів. Може спостерігатись променева хвороба з вогнестрільною раною, опіковою травмою, контузією та іншою патологією.

В перебігу комбінованих радіаційних уражень виділяють 4 періоди:

- 1) початковий період (період первинних реакцій на променеви та непроменеви травми);
- 2) період переважання непроменевих симптомів ураження;
- 3) період переважання симптомів променевого ураження;
- 4) період відновлення.

В початковому періоді домінують симптоми механічної травми або опіків. Другий період відповідний латентному періодові гострої променевої хвороби. Для третього періоду характерно виникнення та наростання симптомів розпалу гострої променевої хвороби. Період відновлення характеризується більш повільним зворотним розвитком симптомів гострої променевої хвороби та повільним загоюванням ран і опіків.

Для клініки комбінованих радіаційних уражень характерним є синдром взаємного обтяження: при пораненнях, переломах, опіках збільшується важкість гострої променевої хвороби, а гостра променева хвороба в свою чергу негативно впливає на перебіг механічної травми та опіків.

Особливістю лікування комбінованих радіаційних уражень є проведення оперативних втручань з приводу механічних травм та опіків до періоду розпалу гострої променевої хвороби, а лікування гострої променевої хвороби необхідно проводити в повному обсязі, починаючи з початкового періоду.

## **ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ**

*Гуйда П.П.*

Системна склеродермія (ССД) – прогресуюче полісиндромне захворювання, при якому уражаються практично усі органи та системи.

Діагностика ССД до сьогодні значно утруднена, що в свою чергу ускладнює перебіг хвороби та погіршує прогноз. Для своєчасного установлення правильного діагнозу необхідно обов'язково проводити диференціальну діагностику, перш за все з ревматичними, найбільш близькими за клінікою та перебігом, хворобами – ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком, дерматоміозитом та іншими.

Має також значення чітка диференціація окремих нозологічних форм (дифузний еозинофільний фасціїт, склередема Бушке, псевдосклеродермічний паранеопластичний синдром), які відносяться до склеродермічної групи хвороб і потребують різних терапевтичних підходів.

Наявність у частини хворих ССД більш вираженої патології окремих органів, що нерідко утруднює правильну діагностику, потребує виключення таких захворювань, як хронічна недостатність кори надниркових залоз, гіпотиреоз, тиреотоксикоз, езофагіт.

При проведенні диференціальної діагностики з ревматичними хворобами необхідно визначати ознаки уражень органів і систем, характерні для того чи іншого ревматичного захворювання, а також ураховувати наявні відмінні ознаки, що дозволить установити правильний діагноз. Так, слід пам'ятати, що системний червоний вовчак відрізняють тяжкість перебігу хвороби, немотивоване підвищення температури тіла до 39-40°C, переважання в клінічних проявах полісерозитів (плеврит, перикардит, асцит), наявність різноманітних уражень шкіри і характер-

них змін в лабораторних показниках (лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія, антинуклеарні антитіла, антитіла до ДНК, LE-клітини).

Ревматоїдний артрит відрізняє переважне ураження дрібних суглобів, вираженість і стійкість суглобового синдрому, ранній розвиток деформації суглобів, наявність ерозивно-деструктивних змін в суглобах, менш виражена системність ураження.

В клініці дерматоміозиту переважає шкірно-м'язовий симптомокомплекс. Ураження поперечно-смугастої мускулатури – ведучий і ранній прояв дерматоміозиту та обов'язкова ознака, яка визначає диференціальну діагностику захворювання. Патологія м'язів обумовлює порушення функції локомоторного апарату, різноманітні порушення статики, а також ураження внутрішніх органів.

Дифузний еозинофільний фасціїт характеризується перш за все склеродермоподібним ураженням шкіри. Однак, на відміну від ССД, спостерігається переважне ущільнення фасцій з характерною локалізацією індуративних змін на передпліччях і гомілкях з можливим подальшим поширенням на плечі, стегна, рідше – на тулуб, шию, лице. Характерною ознакою є відсутність уражень дистальних відділів кінцівок. Вісцеропатії і судинна патологія при дифузному еозинофільному фасціїті, як правило, відсутні. Характерною лабораторною ознакою вважається еозинофілія (до 50%).

Склередема Бушке розпочинається з швидко прогресуючого ущільнення шкіри шиї та лица. В подальшому в патологічний процес залучається шкіра грудної клітки, живота, спини, кінцівок. Характерною ознакою склередеми Бушке вважається відсутність уражень шкіри кистей і стоп.

Псевдосклеродермічний паранеопластичний синдром частіше розвивається у хворих на рак легенів, яєчників, молочних залоз і клінічно може проявлятися трьома варіантами. Перший варіант характеризується переважним ураженням периартикулярних тканин з переважанням індуративних змін, наявністю фіброзитів, контрактур, артралгій, оссалгій, міалгій. Судинні порушення та вісцеропатії не розвиваються. При другому варіанті, який зустрічається частіше у віці 35-40 років, спостерігаються типові клінічні прояви ССД, які відрізняються торпідністю та резистентністю до лікування. Характерним також є швидко прогресуючий перебіг хвороби. Для третього варіанту властивим є лише наявність подібної загальної симптоматики: загальна слабкість, схуднення, поліартралгії, міалгії, зміни лабораторних показників.

Необхідно також пам'ятати про можливість розвитку типової ССД у хворих на злоякісні пухлини. При виключенні псевдосклеродермічного паранеопластичного синдрому та ССД пухлинного генезу необхідно ураховувати немотивоване схуднення, погіршення загального стану, різке посилення слабкості, підвищення температури тіла, погіршення апетиту, появу нестерпного кашлю, оссалгій, міалгій. Насторожуючим є відсутність позитивної динаміки в клінічних проявах і лабораторних показниках при проведенні адекватної терапії, яка призначається хворим на ССД, і швидке прогресування захворювання.

Проведення диференціальної діагностики з гіпотиреозом, тиреотоксикозом і хворобою Аддисона, як правило, не викликає утруднень, оскільки розвиток характерних для них щільних набряків, гіперпігментації та трофічних змін шкіри, гіперплазії щитовидної залози спостерігається на фоні типових системних уражень, властивих ССД, сприяючих установленню правильного діагнозу.

Переважання в клінічній картині ССД виражених ознак езофагіту також не повинно утрудняти правильну діагностику захворювання через наявність у цих хворих інших, характерних для ССД, периферичних і вісцеральних уражень.

Таким чином, знання характерних клінічних проявів ССД, інших хвороб склеродермічної групи, а також деяких захворювань, які проявляються подібною симптоматикою, буде сприяти своєчасному установленню правильного діагнозу та ранньому призначенню раціональної терапії, що в кінцевому підсумку дозволить поліпшити перебіг ССД і подальший прогноз.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ»**

*Дацук А.М., Чернікова Л.І.*

**Вступ.** Реформування вищої медичної освіти і входження до Європейського освітнього простору передбачає підготовку конкурентно-спроможного фахівця на європейському ринку праці. Зміни у вищій медичній освіті потребують нових підходів до підготовки лікаря на післядипломному етапі. Для цього необхідне належне кадрове, матеріально-технічне та науково-методичне забезпечення навчального процесу [1,2].

**Основна частина.** Підготовка молодого лікаря-спеціаліста є досить складною та відповідальною. Основними завданнями післядипломної освіти лікарів є підвищення якості навчання, широке впровадження самостійної роботи, дистанційної освіти та підготовка лікарів-інтернів до вимог безперервного професійного розвитку протягом усього життя [3].

Підготовка лікарів-інтернів на кафедрі дерматології, венерології та СНІДу проводиться згідно з «Положенням про спеціалізацію(інтернатуру) у вищих медичних і фармацевтичних закладах III-IV рівнів акредитації», затвердженим наказом № 291 від 19.09.1996 року. Інтернатура – це перший етап післядипломного навчання лікаря, метою якого є формування в лікарів-інтернів професійних компетентностей фахівця для самостійної практичної діяльності, що обумовлює розроблення й широке впровадження в навчальний процес сучасних педагогічних, інформаційних та телекомунікаційних технологій поряд із традиційними методами навчання.

Типовим навчальним планом підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Дерматовенерологія» протягом 18 місяців інтернатури передбачено: 8 місяців навчання на кафедрі дерматовенерології та суміжних кафедрах і 9 місяців стажування на базі стажування [4]. Зміст програми охоплює увесь обсяг теоретичних знань, умінь і практичних навичок, необхідних лікарю спеціалісту-дерматовенерологу для самостійної роботи з надання кваліфікованої дерматологічної і венерологічної допомоги хворим. «Дерматовенерологія» як дисципліна структурована програмою у такі базові модулі: «Основи соціальної гігієни та організація дерматовенерологічної допомоги населенню», «Загальні питання дерматології, принципи лікування шкірних захворювань», «Неінфекційні хвороби шкіри», «Інфекційні та паразитарні хвороби шкіри», «Діагностика, лікування та профілактика сифілісу», «Гонорея та негонорейні хвороби сечостатевої системи». У процесі підготовки лікарів-інтернів на кафедрі використовуються різні форми навчання: лекції, семінари, практичні заняття, участь у практичних конференціях,

самостійна робота над монографіями та періодичною літературою з дерматовенерології, підготовка науково-практичної роботи тощо.

Базою кафедри є міський клінічний шкірно-венерологічний диспансер (МКШВД) №5, який визначено й затверджено наказом Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації [5]. До складу МКШВД№5 входять міський патронажний центр, диспансерне та стаціонарне відділення, клініко-діагностична та централізована серологічна лабораторії. Стаціонар має дерматологічне та венерологічне відділення. Диспансерне відділення складається з дерматологічного та венерологічного (жіночі та чоловічі) кабінетів, кабінету ультразвукового дослідження, косметологічного кабінету. Лабораторна служба має клінічну, бактеріологічну, мікологічну та серологічну лабораторії. Така різноспрямованість лікувального закладу забезпечує навчання лікарів-інтернів за всіма розділами навчальної програми. Велика увага приділяється опануванню лікарями-інтернами сучасних методів діагностики, що застосовуються в дерматовенерології. Вивчаються мікроскопічні, культуральні, люмінесцентні, імунологічні, молекулярно-біологічні, серологічні методи дослідження у діагностиці заразних шкірних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом. Велика увага приділяється опануванню практичних навичок. Оволодіння та удосконалення практичних навичок інтернами здійснюється під час очного та заочного циклів навчання. Значення роботи з удосконалення практичних навичок суттєво зростає під час заочного циклу інтернатури. Практична частина підготовки дає можливість у ролі помічника лікаря брати участь у лікувальному процесі, побачити та відчувати, як проводиться діагностика та лікування хворих у закладах охорони здоров'я. Лікарі-інтерни ведуть достатню кількість хворих, виконують лікувальні маніпуляції, несуть денні та нічні чергування в стаціонарному відділенні двічі на місяць разом з лікарями, беруть участь у практичних конференціях, консилиумах, обходах професорів та доцентів.

Важливе значення має процес удосконалення методичного забезпечення спеціалізації лікарів-інтернів, модернізація лекційного викладення клінічного матеріалу для підвищення ступеня засвоєння його лікарями-інтернами. Сучасна підготовка фахівців передбачає обов'язкове використання інформаційних та телекомунікаційних технологій [6]. На заняттях широко використовуються комп'ютерні технології, мультимедійні засоби навчання (електронні підручники, книги, атласи, фотоальбоми, презентації, фільми, тестові завдання тощо). Комп'ютерне тестування застосовується не тільки для підготовки до іспиту «Крок-3», «Еlex», а на всіх етапах навчання лікарів-інтернів на кафедрі: при визначенні початкового й кінцевого рівня знань, у проведенні поточного контролю, при проведенні піврічного та річного підсумкового контролю, при самопідготовці лікарів-інтернів. Останнім часом у процесі навчання лікарів-інтернів на кафедрі знайшли широке застосування інтерактивні засоби навчання (ділові ігри, кейсове навчання), які залучають не тільки на пам'ять і увагу, а й 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. Важливим напрямком покращення навчального процесу, на нашу думку, може бути залучення лікарів-інтернів до наукових досліджень під керівництвом викладачів.

**Висновки:** Підготовка фахівців зумовлює докорінні зміни стратегії й тактики навчання у вищому навчальному закладі. Найважливішими положеннями, на яких ґрунтується організація навчального процесу, є принципи наочності, систематичності і наступності. Слід зауважити, що в роботі з лікарями-інтернами необхідно покращувати наступність та взаємозв'язок очного та заочного циклів навчання, керуючись практичною спрямованістю підготовки. Використання інноваційних та модифікованих традиційних методів і технологій при підготовці лікарів-дерматовенерологів зберігає кращі традиції вищої медичної освіти й насичує процес навчання дослідницьким змістом.

### **Література**

1. ДЕРЖАВНА ПРОГРАМА «Інформаційні та комунікаційні технології в освіті і науці на 2006-2010 роки [Електронний ресурс]: - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>
2. Герич П.Р. Реформа вищої освіти в Україні./ П.Р.Герич, Р.І.Яцишин, М.М.Островський, В.Ю.Вишиванюк //Галицький лікарський вісник.-2010. Т.17.- С.138-139.
3. Лісовий В.М. Про стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті / В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.В. В'юн // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті:наук.-метод. конференція, присвячена 210-й річниці ХНМУ. – Харків, 2015. – С.3
4. Типовий навчальний план і програма інтернатури випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «Дерматовенерологія», Київ, 2011.-25с.
5. 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.
6. Информационные технологии в медицинском вузе как средство оптимизации обучения клиническим дисциплинам/ под. редакцией А.Н. Талалаенко, А.Ф. Денисенко, Т.П. Борисова и др. // Укр.журн. телемедицини та мед. телематики. – 2007. – Т.5, №1. – С.71-74.

## **ПРО УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАХОДІВ ЗА УМОВАМИ ПРАЦІ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦЮЮЧОМУ НАСЕЛЕННЮ**

*Дмуховська Т.М., Рябоконт А.І., Біличенко Н.П., Сидоренко М.О.*

Професійне здоров'я населення є однією з пріоритетних проблем, яке визначає подальший економічний та соціальний розвиток держави, безпосередньо впливає на виробничий процес і якість продукції.

Проблема вивчення стану професійного здоров'я в Україні ускладнюється тим, що більша частина захворюваності не ідентифікується офіційною статистикою. Однією з причин такого стану стало скорочення відомчої медицини, недоліки у проведенні обов'язкових медичних оглядів, загальної диспансеризації працюючого населення.

Реформування системи охорони здоров'я, зокрема державної санітарно-епідеміологічної служби, негативно позначилося на якості надання медичної до-

помоги працюючим. Тому рівень професійної захворюваності, за офіційними даними, не характеризує ситуацію щодо стану умов праці та санітарної безпеки на підприємствах.

Протягом останніх двох років у Харківській області було зареєстровано відповідно 40 і 51 випадків хронічних професійних захворювань. Найбільша кількість випадків профзахворювань була зареєстрована в м. Харкові. Аналізуючи дані клініки НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ по м. Харкову та Харківській області за останні чотири роки (2014-2017 рр.) відзначається зниження кількості професійних захворювань: 2014 р. - 84, 2015 р. – 48, 2016 р. – 40, 2017 р. – 51.

Загальний рівень професійної захворюваності в Україні становить 2,7 на 10 тис. працюючого населення. Цей показник в м. Харкові і Харківській області був значно вищим, не дивлячись на погіршення офіційної статистики, скорочення відомчої медицини, недоліки у проведенні обов'язкових медичних оглядів працюючого населення, закриття більшості санаторіїв-профілакторіїв підприємств.

Відбулися значні зміни гендерних особливостей професійної захворюваності. У 2008-2015 роках переважали особи чоловічої статі (73,4 %). У останні 2 роки (2016-2017) кількість професійних захворювань, як у жінок так і у чоловіків майже зрівнялось. У 2016 р. питома вага серед захворівших чоловіків становила 50 %, а в 2017 р. – 54,9 %. Однією з причин зростання питомої ваги осіб жіночої статі в останні два роки може бути використання працівників жіночої статі на шкідливих робочих місцях, на яких їх праця заборонена.

В структурі професійної захворюваності найбільша питома вага припадає на пилову патологію (2014 р. – 40,7%; 2015 р. – 41%; 2016 р. – 38,55%).

Серед хворих пролікованих у клініці НІІ ІІ і ІІІ ХНМУ за 2017 рік з діагнозом професійного захворювання виписано 688 осіб (58,4 %), яким був поставлений діагноз «Хронічний обструктивний бронхіт пилової і токсикоз-пилової етіології», у 2016 році хворі з таким діагнозом склали 58,7 %. Окрім пилового бронхіту в клініці пройшли лікування хворі ще із 17 діагнозами. Рангові місця займали відповідно хворі на професійну захворюваність антрако-силікозом, нейросенсорною приглухуватістю, вібраційною хворобою, захворюваннями опорно-рухового апарату та з іншими поодинокими нозологічними формами професійної патології. В клініці проходили лікування як повторно поступаючі так і вперше виявлені з 9 регіонів Східної України. В 2017 році таких хворих поступило з Харківської області 106 осіб, в 2016 р. майже вдвічі менше. В останні роки спостерігається тенденція зменшення числа осіб які проходять періодичні і первинні медичні огляди, лікування поза межами клініки, в якій за багато років склався сталий професійний лікарський колектив, постійно удосконалюється діяльність лабораторій, розширюється обсяг і якість лабораторних досліджень та аналіз усіх чинників, що впливають на розвиток професійних захворювань.

Професійне здоров'я працюючих є пріоритетною проблемою, яку необхідно вирішувати комплексно. Підприємцям необхідно провести заміну морально та технічно застаріле обладнання, надавати пакет соціального покращення здоров'я працюючих.

Медичним працівникам удосконалювати медичну допомогу працюючим. З метою раннього виявлення професійної патології направляти хворих на обстеження в медичні заклади, які спеціалізовані на виявленні і лікуванні професійної

патології. Координатором всіх заходів по зниженню професійних захворювань повинна стати щойно створена система громадського здоров'я України.

## **ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА, В Т.Ч. ЕНДОКРИНОЛОГІЯ» ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-ТЕХНОЛОГІЙ**

*Журавльова Л.В., Лахно О.В., Цівенко О.І.*

Розвиток системи освіти потребує впровадження сучасних технологій і методів навчання. Одним з найбільш прийнятних для використання серед інноваційних методів навчання є метод "case- study" (кейс-метод). Існує багато підходів щодо визначення суті поняття «кейс-метод». Ми взяли за основу таке його визначення: метод кейсів – технологія навчання, що використовує опис реальних економічних, соціальних, бізнес та інших ситуацій. Ті, що навчаються, повинні проаналізувати ситуацію, розібратися у суті проблеми, запропонувати можливі шляхи її рішення та вибрати кращий із них. Кейси базуються на реальному фактичному матеріалі, або ж наближені до реальної ситуації [1].

Багатьма вченими доведено, що кейс-метод сприяє розвитку у студентів самостійності мислення, поєднує теорію і практику, передбачає дослідження реальних ситуацій з практичної професійної діяльності майбутнього спеціаліста. Цей метод визначається також ефективним способом навчання спеціалістів, що передбачає вдосконалення навичок вирішення типових проблем, і являє собою альтернативу лекційно-семінарській системі навчання.

Запровадження сучасних інтенсивних інноваційних педагогічних технологій підготовки фахівців медичної галузі на тлі зменшення кількості аудиторних занять та зростання частки самостійної роботи зумовлює необхідність використання кейс-технологій. Даючи майбутнім лікарям завдання у формі кейсів, відкриваються їм значно більша можливість поділитися своїми знаннями, досвідом і уявленнями, тобто навчитися не тільки у викладача, а й один у одного. Такий метод піднімає впевненість лікарів у собі, у своїх здібностях. Студенти активно вчаться слухати один одного і точніше висловлювати свої думки. Навички, які формуються при застосуванні кейс-методу: спостереження, відбір даних, ідентифікація проблеми, розробка щодо прийняття альтернативних рішень, спілкування, мотивація. Таким чином, світовий досвід підготовки фахівців у вищій школі доводить, що найголовнішою навичкою, яку здобуває лікар під час навчання, є вміння, під професійним кутом зору сприймати будь-яку наочну, вербальну інформацію, самостійно осмислювати, приймати рішення, оцінюючи його можливі наслідки, визначати оптимальні шляхи реалізації цього рішення [3].

Однак, аналіз навчальних занять у медичних вищих навчальних закладах з точки зору використання методів навчання дозволяє зробити висновок про те, що кейс-технології на сьогодні ще не стали реалією в підготовці сучасних лікарів. Незважаючи на розроблення окремих аспектів проблеми використання кейс-технологій в навчанні, існуючі дослідження не вичерпують цілісного їх розв'язання.

**Мета дослідження** - теоретично обґрунтувати, розробити і частково перевірити методику викладання дисципліни «Внутрішня медицина в т.ч. ендокринологія» за допомогою кейс-технологій в ХНМУ.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для розв'язання мети дослідження та перевірки висунутої гіпотези використовувалися такі теоретичні педагогічного дослідження: аналіз літератури з метою визначення стану розробленості досліджуваної проблеми, систематизація одержаних даних, порівняння поглядів провідних вчених, узагальнення їх досвіду, анкетування, методи математичної обробки даних, педагогічний експеримент з метою перевірки гіпотези дослідження.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Педагогічний експеримент здійснено на протязі одного навчального семестру на базі ХНМУ. Загалом експериментом було охоплено 31 студент 4 курсу спеціальності 7.12010001 «Лікувальна справа».

Представимо результати здійсненої дослідно-експериментальної роботи за зазначений період.

*1. Вимір початкового рівня сформованості креативності у студентів і їх розподіл по підгрупах (констатувальний етап).*

Визначення вихідного рівня розвитку креативних здібностей проводилося в групах в 1 та 2, (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа»). Проведення констатувального експерименту є складним та важливим завданням, головна проблема якого полягає в обґрунтованому, індивідуальному доборі методів. Констатувальний етап експерименту здійснювався за допомогою тестування, спостереження.

На підставі отриманих результатів першого етапу було виявлено 50% студентів з низьким рівнем сформованості знань, 30% - з середнім, 20% студентів з високим рівнем знань з дисципліни «Внутрішня медицина, в т.ч. ендокринологія».

Отримані нами результати констатувального експерименту дозволили дійти такого висновку: процес фахової підготовки студентів не спрямований на системне оволодіння професійними знаннями та вміннями, тому виникла потреба у подальшій роботі, а саме у впровадженні методики навчання дисципліні за допомогою інноваційних методів – кейс-технологій.

Методика і результати проведення перетворювального етапу експерименту. Мета формувального експерименту полягала в розробці й апробації ефективності впровадження кейс-методу в навчальний процес з дисципліни «Внутрішня медицина, в т.ч. ендокринологія» для майбутніх лікарів. Методика і результати проведення формувального етапу експерименту реалізовувалась у таких напрямках: формування знань та вмінь з дисципліни «Ендокринологія», їх закріплення та формування уявлень про роботи лікаря в реальних професійних умовах.

Завершальним етапом дослідження було проведення контрольного експерименту. Його мета – перевірка ефективності впровадження кейс-методу з дисципліни «Внутрішня медицина, в т.ч. ендокринологія» для майбутніх лікарів (на прикладі ХНМУ). Для досягнення визначеної мети, було обрано дві групи студентів: експериментальна і контрольна.

Виходячи з отриманих даних, можемо констатувати, що в експериментальній групі студентів із високим рівнем стало 34%, у контрольній – 15%, а було 8%, із середнім рівнем в експериментальній групі – 62%, у контрольній – 72%, а було 75%; студентів із низьким рівнем в експериментальній групі 4%, у контрольній – 13%, а було 17%.

Отримані результати дослідження підтверджують висунуту нами гіпотезу про те, що впроваджена методика викладання дисципліни «Ендокринологія» за

допомогою кейс-технологій в навчальний процес ХНМУ забезпечила підвищення якості підготовки майбутніх лікарів.

## ВИСНОВКИ

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що практика застосування кейс-стаді на навчальних заняттях в контексті компетентнісного підходу, сприяє подоланню стереотипів у навчанні, вироблення нових підходів до професійних ситуацій, розвитку творчих здібностей студентів. Наше дослідження не претендує на повне і вичерпне рішення висунутої проблеми. Ми вважаємо, що можливе продовження дослідження в цьому напрямку.

### Література

1. Барахсанова, Е.Ф. Научно-методическое сопровождение основной образовательной программы для аспирантов посредством кейс-технологии/ Е.Ф. Барахсанова, А.В. Мордовская, С.В. Панина // Философия образования. – 2012. – № 1. – С. 187-192.
2. Сокол О. М. Застосування активних методів навчання як спосіб підвищення навчально-пізнавальної діяльності студентів-медиків / О. М. Сокол // Urgent Problems of Science and Practice in the XXI Century. Collection of Conference Papers of International Scientific- Practical Conference (09-10.02.2015, the United Kingdom, London). –Centre for Scientific and Practical Studies. – 2015. – P. 55-59.
3. Жигилей И. М. Формирование профессиональных компетенций с помощью кейс-метода в высшем образовании / И.М. Жигилей // Преподаватель XXI век. – 2012. – № 1. – С. 29-36.

## ВПЛИВ ХАРЧОВОГО ЧИННИКА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

*Завгородній І.В., Сидоренко М.О., Дмуховська Т.М.*

Репродуктивне здоров'я населення має велике значення у відтворенні, збереженні життя й здоров'я нового покоління, є важливою складовою соціально-демографічного розвитку країни.

Узагальнені індекси, що характеризують стан репродуктивного здоров'я, поки що не розроблені, тому ВООЗ рекомендує на міжнародному й національному рівнях застосовувати 17 показників, серед яких названі демографічні показники (коефіцієнти природного руху населення, малюкова, перинатальна й материнська смертність), деякі показники здоров'я жінок, ускладнень пологового акту, частота безпліддя та ін. У різних країнах кількість показників для оцінки стану репродуктивного здоров'я коливається від 10 (у Данії) до 43 (у Канаді) [1]

В Україні для оцінки стану репродуктивного здоров'я використовуються показники здоров'я жінок, народжуваності, рівень абортів, відсоток застосування контрацептивів, показники материнської смертності, стан здоров'я новонароджених, перинатальна смертність, малюкова й материнська смертність.

Природа репродуктивного здоров'я багатофакторна, але екологічний чинник є провідним. Світова глобальна екологічна криза перетворилася на кризу цивілізації, сформовану групу захворювань, яка отримала назву екологічно зумовлених. У цю групу входять і порушення репродуктивного здоров'я. Група екологічних чинників в основному складається з чинників навколишнього середовища (вода, повітря, ґрунт, харчові продукти).

Вивчення проблем репродуктивного здоров'я жінки й чоловіка в Харківському регіоні, який входить у 8 найбільш забруднених областей України, є актуальним питанням і метою наших досліджень.

Матеріалами досліджень були статистичні показники репродуктивної захворюваності за період 2010-2015 років, літературні дані впливу хімічних речовин на репродуктивну функцію чоловіків і жінок, результати наших багаторічних досліджень чинників навколишнього середовища, у тому числі харчових продуктів.

Репродуктивне здоров'я знаходиться під впливом багатьох аспектів здоров'я людини, особливо харчування. Останнім часом у деяких державах розвивається екологічна репродуктологія [2, с. 317]. За оцінками багатьох авторів, від 40 до 60 речовин що забруднюють середовище, володіють репродуктивною токсичністю.

У Харківській області виявлено 29 таких хімічних речовин у харчових продуктах та інших середовищах, які викликають такі порушення:

- зміна сперми, стерильність, безпліддя, атрофія яєчників;
- спонтанні аборти, дострокові пологи;
- мала маса новонароджених;
- порушення менструального циклу, анемія, токсикоз;
- порушення діяльності ЦНС.

Важливе значення для відтворення населення, збереження життя й здоров'я народжуваного покоління є стан здоров'я вагітних. У Харківській області патологічні стани у вагітних були представлені набряками, протеїнурією, гіпертензивними розладами, інфекціями сечостатевої системи. Особливе занепокоєння викликають ускладнення анемією, які в середньому в області за 5 років (2010–2015 рр.) коливаються в межах досить високих показників від 21,55 (2013 р.) до 47,03 на 100 вагітних (2014 р., Балаклійський район). Найбільш високі показники ускладнення вагітності анемією зареєстровані в Балакліївському, Валківському, Зачепилівському, Кечегівському, Коломацькому, Лозівському, Нововодолазькому районах. За даними МОЗ України [3], захворюваність на анемію дівчат-підлітків (15–17 років) в Україні зросла за десятиріччя (1991–1999 рр.) у 6,9 раза. МОЗ України вбачає в зростанні анемії чинник погіршення харчування. Порівняно з нормативними показниками населення споживало 1990 р. у 2,4 раза менше м'яса та м'ясопродуктів, у 1,7 раза молока, у 1,75 раза яєць, у 3,9 раза фруктів і ягід, у 3,4 раза риби й у 1,8 раза овочів і баштанних продовольчих культур.

Слід зазначити, що харчування населення погіршилось не тільки кількісно, а і якісно. У продуктах харчування часто присутні такі шкідливі речовини як пестициди, токсичні метали, діоксини, поліциклічні ароматичні вуглеводи, гормони та гормональні препарати, антибіотики, мікотоксини, генетично модифіковані організми (ГМО), наночастинки або наноматеріали, харчові добавки (консерванти, барвники, емульгатори, стабілізатори, загусники та інші). У харчових добавках виявлена токсична дія (алергенність, канцерогенність, гонадотоксичність, мутагенність, нейротоксичність та інші). Окремі барвники викликають анемізацію організму, негативно діють на репродуктивну функцію, володіють ембріотератогенністю (барвник жовтий «сонячний захід» – Е 110).

Серед вагітних, які знаходилися в умовах забрудненого середовища, можуть виникати передчасні пологи та їх ускладнення. За нашими даними, динаміка передчасних пологів у області була майже незмінною. Питома вага її коливалась в межах 3,12 – 3,46 %. Водночас у таких районах, як Борівський, Великобурлуць-

кий, Дворічанський, Сахновщанський, показник перевищував середньообласний у 1,5-2 рази.

Установлено залежність між частотою виникнення вад розвитку й споживанням харчових продуктів і води з підвищеним умістом хлоретилену, трихлоретану, хлороформу, дихлоретилену та інших хлорвмісних речовин, а також деяких важливих металів.

Американські вчені [4] встановили, що число вад у новонароджених у штаті Нью-Йорк достовірно вище поблизу міст з розміщеними токсичними відходами й у районах з інтенсивним застосуванням пестицидів. Ці дані підтверджуються й даними наших досліджень. Так, у м. Дергачі знаходиться одне з найбільших в Європі звалище токсичних відходів. У ньому зареєстровані й найвищі показники вроджених вад розвитку плода, які перевищували середньообласні показники у 1,75 раза. В овочах, вирощених на прилеглих до полігону землях, установлено 6 хімічних елементів концентрацією, яка набагато перевищувала норми (табл. 1).

**Таблиця 1**

	Кратність перевищення ГДК (рази)				
	Кальцій	Свинець	Цинк	Миш'як	Нікель
Буряк	30	5	5,1	8	4
Капуста	20	3	7,2	5	-

Учені ХАДІ зробили такі ж дослідження на своїх садово-дачних ділянках, розташованих у лісопарковій зоні, й одержали майже аналогічні результати. З'ясувалося, що причиною забруднень овочевих культур було внесення осаду від відстійників міських очисних споруд як добрива, що заборонено без проведення попередніх токсикологічних досліджень.

Таким чином, харчовий ланцюг, який охоплює всі стани сільськогосподарського й промислового виробництва продовольчої сировини й харчових продуктів, а також їх зберігання, пакування й маркування, впливає негативно на якісний склад їжі. У зв'язку із цим гарантування безпеки та якості харчових продуктів є одним з основних завдань, від вирішення якого залежить здоров'я населення й збереження його генофонду, репродуктивного здоров'я.

### **Література**

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 р. – Київ, 2017. – 516 с.

2. Ревич Б.А., Авалиани С.А., Тихонова Г.И. Экологическая эпидемиология: Учебник для высших заведений, - М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 384 с.

3. Охорона здоров'я України: результати діяльності (щорічна доповідь, 1999 р.). – К.-2000. – 512 с.

Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. – К., 2015. – 460 с.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЛІКАРІЯМ-ІНТЕРНАМ**

*Зайченко О.Є., Панченко Г.Ю., Кліменко Н.М., Зайченко Л.О.*

Підготовка висококваліфікованих фахівців є найважливішим завданням вищої школи. Сучасний рівень розвитку медичної науки і високі вимоги до системи підготовки висококваліфікованих фахівців вимагають удосконалення навчальних технологій і методичних прийомів у навчальному процесі. Успішне вирішення даного завдання залежить від якості викладання і вимагає нових форм раціональної організації навчального процесу [1,2].

Для підготовки фахівця нового формату, недостатньо тільки одного традиційного навчання, але й необхідно використовувати інноваційні педагогічні технології, які сприяють ефективному досягненню результатів освітньої діяльності. Підготовка в інтернатурі є одним з необхідних видів післявузівської навчання, без якого випускники, які мають диплом про вищу медичну освіту, не можуть бути допущені до заняття професійною діяльністю. Основна мета інтернатури: вдосконалення теоретичних знань і отримання практичних навичок випускників вузів в обов'язку, необхідному для підвищення професійного рівня і ступеня готовності до самостійної лікарської діяльності відповідно до вимог галузевого освітнього стандарту післявузівської професійної освіти за відповідною спеціальністю). Під час навчання в інтернатурі відбувається подальше формування клінічного мислення, професійного лікарського поведінки, заснованого на деонтологічних принципах, розвиток у молодого фахівця здатності логічного зіставлення анамнестичних, клінічних ознак і симптомокомплексів для діагностики, складання алгоритму лікування і прогнозу захворювання в конкретній клінічній ситуації. Підготовка грамотного кваліфікованого лікаря інтерніста представляє складне багатопланове завдання.

У педагогічній роботі кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ при підготовці лікарів-інтернів передбачені наступні форми навчання: аудиторна навчальна робота у вигляді лекцій і семінарів, демонстрації відеофільмів; підготовка до ліцензійного іспиту КРОК-3; участь в клінічних обходах, розборах, конференціях, які проводяться на клінічній базі; самостійна лікувально-діагностична робота під керівництвом викладача кафедри; робота на муляжах і фантомах. Поряд із традиційними широко використовуються інноваційні активні методи навчання, які спонукають інтернів до активної розумової практичної діяльності.

Для кращого засвоєння програми навчання інтернів на кафедрі створено якісне нове методичне забезпечення. Повністю оновлені тексти лекцій з застосуванням мультимедійних технологій. Складені методичні розробки до практичних занять для викладачів і інтернів з повним поданням теоретичного матеріалу. До кожної теми складений перелік питань, ситуаційних завдань, тестових завдань з еталонами відповідей до них і списком рекомендованої літератури.

Важливим напрямком є підготовка інтернів до ліцензійного іспиту КРОК-3, що підводить підсумок знанням, отриманим в процесі навчання у вищому медичному вузі та дає остаточну оцінку можливості самостійної практичної діяльності після закінчення інтернатури. Основним джерелом для підготовки до ліцензійних іспитів є стандартні навчальні матеріали, які використовуються інтернами протягом вивчення дисципліни, що входять до складу тесту – підручники, тексти лекцій, практикуми, а також екзаменаційні буклети минулих років, та електронні бази питань. Для кращої підготовки до написання інтернами наступного тестового іспиту Крок-3 сформована база тестових завдань з тестів попередніх років. В групах проводяться пробні тестування, імітуючи умови проведення ліцензійних іспи-

тів. Крім того, на практичних заняттях проводяться контрольні тестування згідно з темою.

Але треба відзначити, що тестування не повинно повністю замінювати живе спілкування викладача та інтерна, але при розумному підході воно може надати неоціненну допомогу для процесу навчання. Важливо мати на увазі, що тестування має бути доповненням до усного опитування. Необхідно, щоб тестові питання були грамотно сформульовані і повною мірою охоплювали весь матеріал дисципліни, особливо акцентуючи увагу на найбільш значущих і ключових моментах відповідного розділу предмета. Тестування, і особливо інтернет - тестування, може допомогти оцінити свій рівень знань, а в разі потреби їх вдосконалити. Таким чином, тестування, як компонент і одна з форм навчання, бере участь у створенні у лікарів-інтернів мотивації до оволодіння предметом, дає об'єктивну картину про вихідний рівень знань як для інтерна, так і для викладача. Дана система навчання спонукає до самостійної роботи, створює навички самоосвіти і формує залишкові знання з даної дисципліни [2,5].

Практична складова навчання на кафедрі внутрішньої медицини №1 містить різні види навчальної та самостійної роботи інтернів. Це, насамперед, рішення навчальних ситуаційних завдань на практичних заняттях; активна робота інтернів у стаціонарі «біля ліжка пацієнта». Факторами, що визначають успішність практичної підготовки, є наступні: мотивація інтернів до засвоєння практичних навичок, матеріально-технічне оснащення, використання сучасних педагогічних технологій, методичний супровід практичної підготовки. Однак, загальних теоретичних знань і практичних навичок і вмінь недостатньо для плідної діяльності лікаря. Необхідні ще професійні вміння, які допоможуть фахівцеві приймати чітке, обгрунтоване і зважене рішення. Отже, однією з найважливіших завдань медичного вузу є розвиток у інтернів клінічного мислення, під яким розуміють спосіб вирішення діагностичних, лікувальних, профілактичних і інших задач шляхом виконання цілого комплексу специфічних заходів. Клінічне мислення, практичні вміння і навички складають основу професійної майстерності майбутнього лікаря [1,5]. У формуванні клінічного мислення провідну роль відіграє робота інтернів з пацієнтами в умовах стаціонару. Починаючи з другого практичного заняття, інтерни самостійно здійснюють курацію пацієнтів під контролем викладача. Але, проте, слід зазначити, що перед початком курації викладач здійснює показове обстеження пацієнта, пояснює значимість послідовності дій, міркувань, звертаючи увагу на специфіку хвороби, план обстеження, диференціальну діагностику, практичні навички в процесі обстеження [2].

Одним з методів, який сприяє формуванню клінічного мислення, є ситуаційна задача [2,5,6]. Ситуаційна задача моделює клінічну ситуацію і дає можливість показати теоретичну підготовку, практичні навички та вміння і продемонструвати своє клінічне мислення. Ситуаційні завдання мають особливо важливе значення, коли відсутня можливість працювати з «тематичними» пацієнтами. Впровадження в навчальний процес симуляційної техніки дозволяє досягти максимального ступеня реалізму при імітації різних клінічних ситуацій, а також відпрацювати практичні навички окремих діагностичних і лікувальних маніпуляцій [5,6,8].

Самостійні заняття дають можливість інтерну перейти від вивчення теоретичних питань до засвоєння практичних навичок. Використовуються методи контролю та самооцінки знань – базисний, рубіжний і підсумковий тестовий контроль,

ситуаційні задачі. В основі самостійної роботи лежить мотивація навчання, ясність поставлених цілей, максимальне орієнтування навчання на реальну професійну діяльність лікаря. Самостійна робота інтерна - найефективніший підхід в безперервному медичній освіті. Його основним елементом є ініціатива навчання. Лікар самостійно визначає недоліки і потреби, формулювання мети, здійснює дії, що мають ресурс навчання, оцінює його результати. Відвідування конференцій, консилиумів, чергувань, складання звітів є невід'ємною частиною системи самоосвіти.

Впровадження в педагогічний процес сучасних інноваційних тенденцій проведення практичних занять і лекцій помітно сприяє удосконаленню особистості лікаря. У інтернів виробляється мотивована потреба в осмисленні одержуваної інформації, відповідальність у вирішенні професійних завдань. Творчий підхід викладача до процесу навчання допомагає формуванню у лікарів аналітичного мислення, розвитку здатності до самоаналізу, розумінню свого призначення [3,4,7].

Особливу роль у процесі безперервного навчального процесу відіграють моделі і технології дистанційної освіти, широке використання сучасних засобів комунікації, впровадження Інтернет-технологій. Мультимедійні та інтерактивні засоби навчання дозволяють використовувати в освітньому процесі сучасні комп'ютерні технології - електронні підручники, навчальні диски, книги, атласи, презентації, фільми, тести, що робить навчання більш цікавим, в результаті чого збільшується обсяг інформації, що запам'ятовується лікарем-інтерном [3,4,8].

На наш погляд, при застосуванні активних методів навчання навчальний процес максимально наближається до умов практичної діяльності лікаря, підвищує рівень теоретичних знань та здатність до самостійного вирішення конкретних практичних питань і може служити основою мотивації навчання.

Таким чином, удосконалення типових робочих навчальних програм, впровадження в навчальний процес інноваційних технологій, які активізують пізнавальну діяльність інтернів, максимальна адаптація їх до реальних умов майбутньої лікарської діяльності, об'єктивний контроль якості засвоєння матеріалу, а також висока компетентність професорсько-викладацького складу і достатнє матеріально-технічне забезпечення навчально-методичного процесу дозволяють досягти необхідного професійного рівня лікарів-інтернів, що відповідає вимогам до фахівців з вищою медичною освітою.

### **Література**

1. Булах І.Є. Система управління якістю медичної освіти в Україні: Монографія / І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В.Вороненко та ін. – Д., «АРТ-ПРЕС», 2003. – 212 с.
2. Вітенко І.С. Організація навчального процесу та контролю його якості в умовах застосування КМСОНП на клінічних кафедрах ВМНЗ України / Вітенко І.С., Дзяк Г.В. та ін. // Медична освіта. – 2010. – №1. – С. 41–44.
3. Врублевська С.В. Інноваційні процеси у системі освіти / С.В. Врублевська // Мед. освіта. – 2007. – № 1. – С. 43-48.
4. Головчак Т.С. Оптимізація навчального процесу на заочному циклі інтернатури / Т.С. Головчак // Медична освіта. – 2015. – №1. – С. 31 – 32.
5. Інновації у вищій освіті: проблеми, досвід, перспективи: монографія / за ред. П.Ю.Сауха. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. – 444с.

6. Романов М. Г., Сологуб Т. В. Педагогическитехнологии в медицине. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 112 с.
7. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід: огляд/ В. В. Артьоменко, С. С. Семченко, О. С. Єгоренко та інш. // Одеський медичний журнал.-2015.- № 6.-С.67-74.
8. Тимошенко О. Організація та управління якістю освіти: проблемні підходи / Тимошенко О. // Вища освіта України. – 2010. – №1. – С. 60–66.

## **СУЧАСНИЙ ПІДХОД ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ»**

*Залюбовська О.І., Зленко В.В., Тюпка Т.І., Авідзба Ю.Н., Литвиненко М.І.*

### **Постанова проблеми.**

Інтеграція вищої медичної освіти потребує нових підходів до підготовки лікарів-інтернів зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» спеціалізація «Лабораторна діагностика», а саме підвищення якості освіти та здатності до самостійної діяльності.

### **Аналіз публікацій на які спираються автори.**

Публікація матеріалів роботи здійснена на основі науково-методичних конференцій, збірників наукових праць та матеріалів конференцій.

### **Формування цілей та постанова завдання.**

Здобуття знань, професійних умінь та навичок зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування», спеціалізація «Лабораторна діагностика» основна мета інтернатури лікаря-лаборанта.

### **Виклад основного матеріалу.**

З 2016 року співробітники кафедри клінічної лабораторної діагностики прийматимуть участь в розробці нових стандартів вищої освіти для спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування». В Харківському національному медичному університеті створена унікальна можливість наскрізного навчання за цієї спеціальності, а саме: «бакалавр–магістр–лікар-інтерн–доктор філософії». У 2018 році на кафедрі відкрито курси теоретичного удосконалення, передатестаційної підготовки та спеціалізації з клінічної лабораторної діагностики.

Співробітники кафедри постійно оновлюють та розробляють робочі програми, готують методичні рекомендації та навчальні посібники, що сприятиме кращому засвоєнню матеріалу. Лікарі-інтерни матимуть можливість працювати під керівництвом викладачів на сучасному лабораторному обладнанні на клінічних базах кафедри. Під час занять за отриманими результатами лабораторних досліджень майбутні лікарі-лаборанти обґрунтовують лабораторний діагноз та складають план додаткових досліджень в разі необхідності уточнення діагнозу, в межах ділових ігор консультують лікаря-клініциста. Лікарі-інтерни мають можливість займатися науково-дослідницькою роботою, а саме: виконують реферати, роблять доповіді на лікарських конференціях, беруть участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання лабораторної медицини», де мають можливість зробити усну доповідь, стендовий доклад, надрукувати тези в збірці матеріалів конференції, яка щорічно проводиться кафедрою.

Критерієм якісної підготовки лікаря-інтерна зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування», спеціалізація «Лабораторна діагностика» є ліцен-

зійний інтегрований іспит «Крок 3». Для якісної підготовки на кафедрі розроблені методичні рекомендації та робочі зошити в яких зібрана база тестових завдань та відповіді до них, де студенти повинні обґрунтувати цю відповідь. Сумісно з ННІПО ХНМУ регулярно проводяться контроль якості знань у комп'ютерних класах, що дозволяє виявити слабких студентів та приділити більш часу їх теоретичної підготовці.

Кінцева мета кафедри клінічної лабораторної діагностики якісно підготувати лікарів-інтернів зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування», спеціалізація «Лабораторна діагностика» здібного встановлювати лабораторний діагноз, консультувати лікаря клініциста щодо тлумачення результатів лабораторних досліджень та впливу лікарських засобів лабораторних показників.

### **Висновки.**

Таким чином створенні на кафедрі клінічної лабораторної діагностики умови навчання відповідають сучасним підходам до підготовки фахівця, формуванню професійних компетентностей, здатності займатися науково-дослідною роботою.

### **Література**

1. Лісовий В. М. Про стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті / В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. В. В'юн // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у ХНМУ : матеріали 41-й наук.-метод. конф., присвяч. 210 –річниці ХНМУ (Харків, 28 квітня 2015 р.). – Харків, 2015. –С. 3-9.
2. Залюбовська О. І. До питання підготовки лікарів-інтернів на кафедрі клінічної лабораторної діагностики / О. І. Залюбовська, В. В. Зленко, Ю. Н. Авідзба, М. І. Литвиненко // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у ХНМУ: матеріали 42-й наук.-метод. конф. з інтернатури (Харків, 26 квітня 2016 р.). – Харків, 2016. –С. 48-50.

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПСИХІАТРІЇ, НАРКОЛОГІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

*Кожина Г.М., Самардакова Г.О, Стрельнікова І.М., Гайчук Л.М.*

Забезпечення повноцінною вищою медичною освітою залишається невід'ємною складовою у підготовці конкурентоспроможних лікарів на світовому ринку надання медичних послуг, що є особливо актуальним у сучасному реформуванні вищої освіти в Україні (1, 2, 3, 6).

Завершальним етапом підготовки лікаря з отриманням дозволу займатись практичною діяльністю є навчання в інтернатурі, цей тому теоретично й практично насичений період у житті майбутнього спеціаліста складно переоцінити. Критерії якості підготовки постійно переглядаються та підвищуються, насамперед на це впливають міжнародні стандарти медичної освіти (1, 4, 5, 7).

Психіатрія належить до вузьких спеціальностей, тому лише під час навчання в інтернатурі майбутні психіатри мають можливість здобути знання, необхідні в клінічній практиці. Після закінчення інтернатури молодий фахівець повинен володіти як базовими, так і професійними компетенціями, уміти використовувати на практиці засвоєні фундаментальні знання, навички та вміння, бути спроможним застосовувати засоби діяльності для успішного вирішення професійних завдань у новому для себе статусі лікаря (2, 8).

На успішність навчальної діяльності в інтернатурі впливають різні чинники, пов'язані і з лікарем-інтерном, і з викладачем. Характеризуючи ці чинники, треба звернути увагу на психологічні особливості особистості інтернів, наявність якісної базової підготовки під час навчання у виші, умотивованість інтернів до опанування та поглиблення вузькопрофільних знань та наявність перспектив подальшого працевлаштування за обраною спеціальністю. Також суттєву роль відіграють чинники, пов'язані з викладачем. Його професійний досвід, уміння зацікавити та заохотити майбутнього лікаря наполегливо працювати весь час навчання в інтернатурі, постійне підвищення власної кваліфікації та рівень матеріально-технічного забезпечення навчального процесу (2, 6, 8).

Молодий спеціаліст після закінчення інтернатури починає лікарську діяльність у психіатричній установі і вже на цей час повинен мати не тільки необхідний теоретичний рівень знань з предмету, але й уміти використовувати отриманні під час навчання знання в практичній діяльності. Таким чином, потрапляючи на клінічну базу лікар-інтерн повинен мати можливість пройти весь курс профільного вузькоспеціалізованого навчання. Не завжди на практичних заняттях викладач має можливість відтворити реальну клінічну ситуацію, або продемонструвати тематичного хворого, особливо, якщо справа стосується надання невідкладної психіатричної допомоги. У цьому разі для підвищення якості викладання використовуються сучасні технології у вигляді симуляційних методів навчання.

Метою роботи є відтворення на практичних заняттях з лікарями-інтернами реальних клінічних ситуацій, з якими постійно стикаються лікарі психіатри в процесі надання психіатричної допомоги. Завданням цієї роботи є опанування лікарями-інтернами практичних навичок і відтворення чіткого алгоритму дій під час надання невідкладної допомоги психічно хворим.

Якщо методики симуляції відповідають визначеним завданням навчання та результатам, яких треба досягти – ці методики вибрані вірно. У підготовці лікарів-інтернів добре зарекомендували себе такі симуляційні методи, як мозковий штурм, case-study, комп'ютерні програми, тренінги.

Залежно від потреб навчання на основі історій хвороб реальних пацієнтів та навчального відеоматеріалу створена база даних. Ця база постійно поповнюється, а клінічний матеріал модифікується. Залежно від ситуації та вибраної симуляційної методики лікарі-інтерни впродовж певного часу повинні оцінити скарги хворого, анамнестичні дані, психічний стан хворого та якої допомоги потребує хворий.

Мозковий штурм частіше використовується, коли необхідно імітувати той чи інший невідкладний стан, відпрацювати алгоритм надання невідкладної психіатричної допомоги. Якщо необхідно навчити лікарів-інтернів розв'язувати конкретні клінічні задачі, метод активного проблемно-ситуаційного аналізу або case-study є найбільш доцільним. Це неігровий імітаційний активний метод навчання, він допомагає навчити майбутніх лікарів працювати в команді і спільними зусиллями групи аналізувати клінічну ситуацію та обирати практичне рішення з оцінкою запропонованих алгоритмів і вибором кращого в контексті поставленої проблеми. До активних методів групової роботи належить тренінг. З його допомогою лікарі-інтерни вчаться вирішувати питання надання психіатричної допомоги, швидкості прийому клінічних рішень, формують навички спілкування з різними групами психічно хворих та надання їм психологічної допомоги й підтримки.

Крім того, у ході цього спеціально організованого спілкування інтерни відчувають сильні позитивні емоції, самі знаходять ефективні способи спілкування з психічно хворим, долають стереотипи та вирішують внутрішньоособистісні проблеми учасників. Для покрокового відпрацювання алгоритму надання лікарями-інтернами невідкладної психіатричної допомоги, використовуються комп'ютерні програми. Завдяки їм імітуються реальні клінічні ситуації й інтерни можуть віртуально надати допомогу уявному хворому. Усі помилки, яких припустився інтерн, ретельно обговорюються з викладачем на кожному етапі стимуляційного навчання. Це надає можливість відпрацювати практичні та теоретичні завдання та довести їх до автоматизму завдяки багаторазовому повторюванню.

На основі вищенаведеного, кафедрою психіатрії, наркології та медичної психології ефективно використовуються сучасні підходи до навчання лікарів-інтернів за допомогою стимуляційних методів. Спираючись на досвід викладачів кафедри, мозковий штурм, case-study, комп'ютерні програми та тренінги ефективно відтворюють реальні клінічні ситуації, сприяють «зануренню» у лікарняне середовище з відпрацюванням гострих та невідкладних психіатричних станів, прискорюють опанування практичних навичок та засвоєння чіткого алгоритму дій лікаря психіатра. Ця наполеглива праця лікаря-інтерна наочно підтверджує значущість обраної професії, підвищує його конкурентоспроможність на медичному ринку праці, допомагає чітко визначитись із власними потребами, інтересами, цінностями, а перші успіхи мотивують до поглиблення теоретичних та практичних знань, умінь, навичок.

### **Література**

1. Cooper J.B., Taqueti V.R. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training //Postgrad Med J. – 2008. - №84(997)/ - P. 563-570.
2. Горбатюк Р.М. Проблеми автоматизації освітнього процесу / Р.М.Горбатюк // Проблеми педагогічних технологій : зб. наук. праць Волинського держ. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2006. – Вип. 2–4 (31–33). – С. 356–362.
3. Горшков М.Д., Федоров А.В. Классификация симуляционного оборудования //Виртуальные технологии в медицине. 2012.№2(8). С. 23-35.
4. Issenberg S.B., Gordon D.L., Safford R.E., Hart I.R. Simulation and new learning technologies. Medical Teacher 2001. 231:16-23.
5. Kyle R., Murray W.V. Clinical Simulation. Elsevier. 2008.
6. Meller M.D. A typology of simulators for medical education. J. Digital imaging. 1997. 10: 194-196.
7. Journal Officiel 02-12-2011 [http://www. Development-durable. Gouv. Fr/Etablissements-recevant-dupublic, 13420. Html](http://www.Developpement-durable.Gouv.Fr/Etablissements-recevant-dupublic,13420.Html)  
Шубина Л.Б., Мещерякова М.А., Сон И.М. Имитационное обучение в медицине. // Качество образования. – 2011 № 4. С. 42-46.

## **ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЖОВТЯНИЦЬ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

*Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В.*

Одним із провідних синдромів, з якими досить часто доводиться стикатися лікарям-інтернам різних спеціальностей у власній клінічній практиці, є жовтяниця. Під жовтяницею розуміють жовтяничне забарвлення шкіри та/або склер, пов'язане з підвищенням вмісту білірубіну в сироватці крові. Виявлення жовтя-

ниці зазвичай не завдає труднощів, бо вона звертає на себе увагу не тільки медичних працівників, але й самого хворого та осіб, які його оточують. Проте набагато складніше з'ясувати її причину та генез, тому що жовтяниця виникає при багатьох інфекційних і неінфекційних хворобах. До того ж, існують причини жовтяничного забарвлення шкіри, не пов'язані з обміном білірубіну, зокрема внаслідок накопичення у тканинах деяких хімічних речовин (акрихін тощо) або надлишкового потрапляння в організм каротину, який міститься в моркві, апельсинах, порушення його метаболізму.

Каротинемія характеризується тим, що трапляється частіше в дитячому віці, не супроводжується порушенням самопочуття, забарвлення шкіри, що має помаранчевий відтінок, нерівномірне (переважно долонь, стіп, у ділянці підборіддя, великих суглобів), відбувається повільно, вміст білірубіну в сироватці крові перебуває в межі нормальних значень.

Залежно від патогенезу виділяють такі типи жовтяниць: надпечінкові, печінкові, підпечінкові (обтураційні) та змішані. Під час проведення диференціальної діагностики потрібно враховувати особливості анамнезу, вік, стать хворої людини, початок хвороби (гострий, поступовий), відтінок шкіри, інтенсивність жовтяниці, наявність ознак холестазу, переджовтяничного періоду (свідчить про циклічність перебігу), гарячки, гепатолієнального синдрому, частоту серцевих скорочень, зміни у клінічному та біохімічному аналізі крові та сечі, коагулограмі, дані ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії органів черевної порожнини, результати специфічних досліджень.

Надпечінкові, або гемолітичні, жовтяниці обумовлені підвищеним розпадом еритроцитів і надлишковим утворенням прямого білірубіну з відносною недостатністю функції захоплення його печінкою. Основними причинами корпускулярної гемолітичної жовтяниці є спадкові ензимопатії (анемія Мінковського-Шоффара, дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази), гемоглобінопатії (таласемія), дефекти оболонки еритроцитів, екстракорпускулярної – вплив антитіл внаслідок переливання несумісної крові, різних отрут (миш'як), гемолізінів інфекційних агентів (сепсис, лептоспіроз, правець), руйнування еритроцитів унаслідок еритроцитарної шизогонії при малярії. Також гемолітична жовтяниця може бути пов'язана з розпадом еритроцитів у великих гематомах, крововиливах у черевну або плевральну порожнину, інфарктах. Ознаками позапечінкової жовтяниці є лимонний відтінок шкіри, відсутність свербіжжю шкіри, нормальний розмір печінки та відсутність порушення її функції, зазвичай збільшення селезінки, наявність анемії, підвищення вмісту білірубіну в сироватці крові за рахунок його непрямой, або вільної, фракції, надзвичайно темні випорожнення, відсутність білірубіну в сечі разом із наявністю в ній великої кількості уробіліну.

Печінкові жовтяниці розподіляють на печінково-клітинну, або паренхіматозну, пов'язану з порушенням екскреції білірубіну та його регургітацією (гепатити, гепатози, цироз печінки, лептоспіроз, інфекційний мононуклеоз тощо), гепатоканалікулярну, пов'язану з регургітацією жовчі на рівні холангіол (холестатичний варіант вірусного гепатиту, первинний біліарний цироз печінки тощо), печінкову жовтяницю внаслідок ензимопатії (синдроми Жильбера, Криглера-Найара тощо). Ознаками печінкової жовтяниці є шафрановий відтінок шкіри, збільшення розмірів печінки, гіпохолія, холурія, підвищення вмісту білірубіну за рахунок прямої його фракції, активності трансаміназ, тимолової проби, ознаки печінково-

клітинної недостатності, наявність білірубіну в сечі. Основними причинами печінокової жовтяниці інфекційного генезу можуть бути вірусні гепатити, інфекційний мононуклеоз, лептоспіроз, псевдотуберкульоз, кишковий ієрсиніоз, жовта гарячка, сепсис, неінфекційного – токсичні, алкогольні та медикаментозні гепатити.

Підпечінкові, або механічні, або обтураційні, жовтяниці обумовлені регургітацією білірубіну на рівні жовчних протоків унаслідок порушення відтоку жовчі через механічну перешкоду. Основними причинами підпечінкової жовтяниці є обтурація жовчних протоків зсередини (камінь, пухлина, гельмінти тощо), здавлення загальної жовчної протоки ззовні (новоутворення, збільшений лімфатичний вузол тощо), звуження загальної жовчної протоки рубцями або спайками, вроджена атрезія (гіпоплазія) жовчних шляхів. Найчастіше цей тип жовтяниці спричинюють рак головки підшлункової залози, гострий панкреатит, ехінококоз печінки, дивертикул або пухлина дванадцятипалої кишки, аневризма печінокової артерії, лімфома, лімфогранулематоз, холангіт, жовчно-кам'яна хвороба. Ознаками підпечінкової жовтяниці є зеленуватий відтінок шкіри, виражений її свербіж, ахолія, холурія, підвищення вмісту білірубіну за рахунок його прямої фракції (досягає дуже високих значень), активності лужної фосфатази, гамма-глутамілтранспептидази, холестерину в сироватці крові, відсутність цитолітичного синдрому, уробіліну в сечі (за наявності прямого білірубіну), стеркобіліну у випорожненнях.

Таким чином, виявлення у хворого жовтяниці тягне за собою більш складний етап диференціальної діагностики, тому що вона може супроводжувати цілу низку інфекційних і неінфекційних хвороб і відрізнятися за своїм генезом: бути обумовлена гемолізом еритроцитів, ураженням печінки або холестазом. Під час проведення диференціальної діагностики, по-перше, слід з'ясувати тип, до якого належить жовтяниця, враховуючи особливості порушення окремих ланок пігментного обміну, по-друге – встановити її безпосередню причину в межах групи.

### **Література**

1. Болезни печени и желчевыводящих путей. – Изд. 2-е, испр. и доп. / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Медицина, 2005. – С. 205-261.
2. Вирусные гепатиты в схемах, таблицах и рисунках. Руководство по проблеме вирусных гепатитов для врачей-интернов и слушателей ФПДО / Б.А. Герасун, Р.Ю. Грицко, А.Б. Герасун и др. – Львов: Кварт, 2012. – 122 с.
3. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3-х т. – К.: Здоров'я, 2001. – Т. 1. – 856 с.
4. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, сопровождающихся желтушным синдромом, с неинфекционными желтухами: метод. указ. для студентов VI курса мед. фак-тов / сост. В.Н. Козько, Н.Ф. Меркулова, А.О. Соломенник и др. – Харьков: ХНМУ, 2010. – 36 с.
5. Казанцев А.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. – 482 с.
6. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита: Пер. с нем. – М.: Гэотар медицина, 1999. – 424 с.
7. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб.: ТЕЗА, 1998. – 325 с.
8. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. // Практич. рук-во: пер. с англ. под ред. З.Г. Апросиной. – М.: Гэотар Медицина. – 1999. – 864 с.

## **ПОЗАПЕЧІНКОВІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОЇ HCV-ІНФЕКЦІЇ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА**

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

Відкриття у 1989 р. вірусу гепатиту С (HCV) дало змогу довести його зв'язок із цілою низкою захворювань і станів, які раніше вважали за окремі самостійні нозології, зокрема з гломерулонефритом, шкірним васкулітом, фіброзуючим альвеолітом, пізньою шкірною порфірією, автоімунним тиреоїдитом тощо [1].

На особливу увагу заслуговує факт участі HCV у розвитку змішаної кріоглобулінемії, яка лежить в основі багатьох патологічних станів [2]. Саме після відкриття HCV було пройдено шлях від есенціальної змішаної кріоглобулінемії до HCV-асоційованої змішаної кріоглобулінемії, яку виявляють щонайменше в 54 % хворих на хронічний гепатит С [3]. Імунокомплексне пошкодження судин різного діаметру (відкладання депозитів імуноглобулінів і білків системи комплементу) призводить до ураження шкіри, судин, суглобів, нирок, периферичних нервів тощо. Частота розвитку змішаної кріоглобулінемії залежить від географічного регіону, низки генетичних факторів та умов зовнішнього середовища, проте основною гіпотезою виникнення HCV-асоційованої змішаної кріоглобулінемії є хронічна антигенна стимуляція гуморальної системи. Цьому сприяє клональна лімфоцитарна експансія [4]. Доведено роль HCV як основного етіологічного фактору у виникненні мембранопрولیферативного гломерулонефриту, сіалоаденіту, пізньої шкірної порфірії, як одного з можливих етіологічних факторів – у розвитку В-клітинної неходжкінської лімфоми, цукрового діабету 2-го типу, вузликового періартеріїту, артралгій, фіброміалгій, автоімунного тиреоїдиту. Ймовірним вважають зв'язок HCV-інфекції з синдромом Бехчета, вузловою еритемою, червоним лишаєм, фіброзуючим альвеолітом, виразками рогівки Мурена, дерматоміозитом тощо.

Найпоширенішим позапечінковим проявом HCV-інфекції є васкуліт із залученням до процесу судин дерми, нирок, легень, нервової систем тощо. Частіше уражаються дрібні судини (венули, капіляри, артеріоли) або судини середнього калібру з розвитком вузликового періартеріїту. Розрізняють три основні типи шкірного васкуліту: лейкоцитокластичний (з виразково-некротичними змінами, ознаками гіперкератозу та гіперпигментації шкіри), судинна пурпура (з дрібним папульозно-геморагічним висипом на нижніх кінцівках, пурпура Шенляйна-Геноха), тяжкий некротичний васкуліт із залученням судин дерми середнього калібру, поширеними ділянками некрозу, розвитком гломерулонефриту та артеріальної гіпертензії (вузликовий періартеріїт) [5].

Першими позапечінковими проявами хронічної HCV-інфекції можуть бути ревматологічні порушення із залученням до процесу шкіри, суглобів, слинних залоз, міокарда, нирок [1,6]. Виникнення моно- та олігоартритів, а також симетричне ураження суглобів у HCV-позитивних хворих викликає необхідність проводити диференціальну діагностику зі спондилоартритом, сольовими артропатіями та ревматоїдним артритом. Загалом HCV-асоційовані артрити перебігають за двома варіантами: ревматоїдний артрит із залученням дрібних суглобів (підвищення

C-реактивного білка у сироватці крові спостерігають значно частіше, ніж у разі класичного ревматоїдного артриту), ураження великих і середніх суглобів у вигляді оліго- та моноартритів у поєднанні з кріоглобулінемією [7]. Існують три гіпотези ушкодження суглобів у хворих на хронічну HCV-інфекцію: безпосередня дія вірусу на навколосуглобові тканини (у синовіальній рідині суглоба виявляють РНК HCV методом ПЛР), автоімунне запалення внаслідок тривалої інфекції (HCV розглядають як тригерний агент), імунокомплексне ураження суглобів з відкладанням депозитів, до складу яких входять кріоглобуліни, білки системи комплекменту та вірусні протеїни [8]. Отримані нами дані свідчать про відсутність зв'язку між рівнем реплікативної активності HCV та частотою залучення до патологічного процесу суглобів, що збігається з результатами інших дослідників.

Серед позапечінкових проявів хронічної HCV-інфекції одне з провідних місць посідає ураження нирок у вигляді мембранопроліферативного гломерулонефриту внаслідок змішаної кріоглобулінемії. Клінічні та лабораторні ознаки ураження нирок виявляють за тривалого перебігу HCV-інфекції (понад 10 років) у хворих із вираженим фіброзом або навіть цирозом печінки, найчастіше в дорослих чоловіків. За морфологічними особливостями розрізняють: мембранопроліферативний гломерулонефрит ( $\pm$  кріоглобулінемія), мезангіокапілярний гломерулонефрит, мембранозна нефропатія, фібрилярний імунотактоїдний гломерулонефрит, фокальний сегментарний гломерулосклероз. Мембранопроліферативний гломерулонефрит, асоційований із HCV, проявляється помірною протеїнурією, гематурією та лабораторними ознаками порушення функції нирок, у частини хворих – нефротичним синдромом. Мембранозна нефропатія є наслідком автоімунних реакцій і клінічно характеризується помірною протеїнурією, іноді мікрогематурією. У більшості хворих спостерігають нефротичний синдром. Функція нирок, зазвичай, не порушена.

Фібрилярний імунотактоїдний гломерулонефрит та інші форми HCV-асоційованого ураження нирок є досить рідкими варіантами позапечінкових проявів хронічної HCV-інфекції. Проте відомо, що більшість з них пов'язана саме з утворенням імунних полімеризованих поліклональних депозитів до складу яких входять імуноглобуліни та фібрoneктин.

Таким чином, у переважної більшості пацієнтів хронічна HCV-інфекція перебігає з різними позапечінковими проявами, зокрема васкулітами, ураженням суглобів, нирок, щитоподібної залози, шкіри та слизових оболонок, нервової системи, автоімунною тромбоцитопенією, лімфомами, позбутися більшості з яких дає змогу призначення етіотропного лікування із залученням противірусних засобів непрямої (пегільовані інтерферони) та прямої дії (рибавірин, софосбувір, даклатосфір, ледіпасвір та ін.). Враховуючи поліморфізм клінічних проявів, пацієнти звертаються до лікарів різного профілю: дерматологів, нефрологів, невропатологів, гематологів, ендокринологів, ревматологів тощо. Різноманіття HCV-асоційованої патології є підставою для максимально більшого охоплення пацієнтів будь-якого профілю дослідженням на наявність у сироватці крові специфічних маркерів HCV-інфекції.

### **Література**

1. Федорченко С.В. Хроническая HCV-инфекция: монография. – К.: ВСИ «Медицина», – 2010. – 272 с.
2. Cryoglobulinemia in chronic liver diseases: role of hepatitis C virus and liver

damage / F. Lunel, L. Musset, P. Cacoub et al // Gastroenterology. – 1994. – V. 106. – P. 1291-1300.

3. Dammaco F., Sansonno D. Antibodies to hepatitis C virus in essential mixed cryoglobulinemia // Clin. Exp. Immunol. – 1992. – V. 7. – P. 352-356.

4. Prevalance of bcl-2 rearrangement in patients with hepatitis C virus-related mixed cryoglobulinemia with or without B-cell lymphomas / A.L. Zingero, C. Ferri, F. Giannelli et al. // Ann. Intern. Med. – 2002. – V. 137. – P. 571-580.

5. Frequency and significance of antibodies to hepatitis C virus in polyarteritis nodosa / C.W. Carson, D.L. Conn, A.J. Czaja et al. // J. Rheumatol – 1993. – V. 20. – P. 304-309.

6. Вирусные гепатиты в схемах, таблицах и рисунках. Руководство по проблеме вирусных гепатитов для врачей-интернов и слушателей ФПДО / Б.А. Герасун, Р.Ю. Грицко, А.Б. Герасун и др. – Львов: Кварт, 2012. – 122 с.

7. Zucherman E., Yeshurun D., Rosner J. Management of hepatitis C virus-related arthritis // Bio Drugs. – 2001. – V. 15 (9). – P. 573-584.

8. Polyarthritis associated with hepatitis C virus infection // Br J Rheumatol. – 1994. – V. 33 (3). – P. 289-291.

## **НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №2, КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ ТА АЛЕРГОЛОГІЇ ІМ. АКАД. Л.Т.МАЛОЇ, ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ТЕРАПЕВТІВ**

*Кравчун П.Г., Добровольська І.М., Шелест О.М., Риндіна Н.Г., Ковальова Ю.О.*

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 по навчанню в інтернатурі відповідно до праці лікарів-інтернів на базі 27-ої клінічної лікарні з відділеннями терапії, кардіології, неврології з кабінетами гастроентерології, функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком інтенсивної терапії, алергологічного відділення з лабораторією з тестуванням алергенів та проведення алергологічних проб, поліклінічного відділення по обслуговуванню хворих Київського району м. Харкова.

Підготовка кваліфікованих фахівців лікарів-інтернів з терапії вимагає їх всебічної обізнаності в питаннях сучасної науки і практики. На кафедрі для проведення практичних занять і лікувально-діагностичних заходів створені належні умови для оволодіння актуальними методами дослідження. Зокрема, за допомогою новітніх комп'ютерних систем (наприклад, «Cardiolab») лікарі-інтерни освоюють навички запису і клінічного трактування електрокардіограми, реоенцефалографії, електроенцефалографії, добового моніторингу артеріального тиску і електрокардіограми, велоергометрії, аналізу варіабельності серцевого ритму та ін.

Важливим є оволодіння інтернами навичок з автоматизованого моніторингу, які є банком даних з діагностики і засобів лікування. Можливе дистанційне навчання і тестування в режимі Online з отриманням сертифікату і кредиту Акредитативної Ради безперервної медичної освіти.

Використання сучасних навчальних програм сприяє розширенню кругозору і навиків сучасного лікаря-інтерна терапевтичного профілю. На сучасному етапі

на кафедрі накопичений певний досвід з навчання лікарів-інтернів, як виходячи з трьох традиційних складових – лекцій, семінарських і практичних занять в аудиторії, – так і на підставі оволодіння навичками і вміннями в лікувальній роботі у клініці внутрішніх хвороб під керівництвом викладачів. Останній аспект особливо важливий, оскільки він сприяє закріпленню в ході занять знань і оволодінню сучасними методами лікування у рамках доказової медицини.

Кінцева мета освіти – формування клінічного мислення, що дозволяє лікарів-інтерну самостійно ухвалювати де-коли складні діагностичні і терапевтичні рішення. З цих позицій навчання лікаря-інтерна повинне починатися з клінічних розборів хворих із складною терапевтичною патологією, супутніми захворюваннями і ускладненнями основного захворювання. Тому в межах клінічної бази кафедри проводиться сучасна діагностика різних патологічних станів на новітньому обладнанні. На практичних заняттях інтерни мають можливість оволодіти навичками трактування в реальній клінічній ситуації результатів рентгенографічних та ендоскопічних досліджень, експрес аналізу холестерину, глюкози крові, гліколізованого гемоглобіну, IgE, тропонінів I і T, Д-димеру, антитіл до ДНК, фосфоліпідів, визначення інсулінорезистентності за допомогою індексу НОМА, визначення Н.pilogu дихальним тестом.

Для забезпечення навчального процесу та самостійної підготовки лікарів-інтернів на кафедрі створені методичні розробки та навчальні посібники. Щорічно до друку готується де-кілька навчальних посібників з актуальних напрямків внутрішньої медицини, клінічної імунології та алергології.

Всебічному становленню лікарів-інтернів як спеціалістів сприяє їх активна участь у науково-дослідній роботі кафедри і підготовці науково-практичних та клініко-паталогоанатомічних конференцій.

Все перераховане, а також правильні питання, що ставляться, сприяє формуванню клінічного мислення і умінню публічно представляти свої професійні знання. Цьому процесу професійного навчання сприяє і дистанційний метод навчання з інтерактивних навчальних сайтів, в цілому сприяючих підвищенню якості навчання лікарів-інтернів за фахом «Терапія».

### **Література**

1. Бабак О.Я., В'юн В.В., Молодан В.І., Овчаренко Л.І. Післядипломна підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю "Внутрішні хвороби": методичні рекомендації для керівників інтернатури на базах стажування /О.Я.Бабак, В.В.В'юн, В.І.Молодан, Л.І.Овчаренко. Харків: ХНМУ. - 2014. - 40 с.
2. Лапшина Л.А., Шушляпін О.І., Кожин М.І. та інші. Сучасний погляд на удосконалення післядипломної освіти лікарів-інтернів терапевтичного профілю / Л.А.Лапшина, О.І.Шушляпін, М.І.Кожин [та ін.] // Матеріали XXXIX навчально-методичної конференції „Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті”. Харків: ХНМУ. – 2012. - С.49-51.
3. Марковський В.Д., В'юн В.В., Фоміна Л.В. та інші. Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті / В.Д.Марковський, В.В.В'юн, Л.В.Фоміна [та ін:] //Матеріали 43-ї науково-методичної конференції, присвяченої 50-річчю започаткування інтернатури в Харківському національному медичному університеті. Харків: ХНМУ, 2017. - 100 с.

4. Бабак О.Я., Железнякова Н.М., Андреева А.О., Гопцій О.В., Молодан В.І. та інші. Актуальні питання організації навчального процесу студентів та лікарів-інтернів /О.Я.Бабак, Н.М.Железнякова, А.О.Андреева, О.В.Гопцій, В.І.Молодан [та ін.] //Матеріали науково-педагогічної конференції до 140 річчя заснування кафедри внутрішньої медицини № 1. Харків:ХНМУ, 2016. -130 с.
5. ТОВАЖНЯНЬСЬКА О.Л., НЕКРАСОВА Н.О., КАУК О.І., МАРКОВСЬКА О.В., СОЛОВЙОВА Є.Т., САМОЙЛОВА Г.П. Можливості інноваційних технологій в підготовці лікарів-інтернів на сучасному етапі /О.Л.Товажнянська, Н.О.Некрасова, О.І.Каук, О.В.Марковська, Є.Т.Соловйова, Г.П.Самойлова //Матеріали 42-ї навчально-методичної конференції: «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті. Харків: ХНМУ, 2016. - С. 102–104.
6. Журавльова Л.В., Лопіна Н.А., Журавльова А.К. Використання інноваційних веб-технологій у безперервній післядипломній підготовці лікарів /Л.В. Журавльова, Н.А.Лопіна, А.К.Журавльова //Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Актуальні питання якості медичної освіти (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку)». Тернопіль:Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачовського, Тернопіль : ТДМУ у 2-х т., 2016 - Т. 2. - С. 248–249.

## **ОСНОВИ ПІДГОТОВКИ СУЧАСНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ХІРУРГІЯ»**

*Криворучко І.А., Тесленко С.М., Гончарова Н.М., Прокопенко К.А.*

Післядипломна освіта знаходиться на шляху пошуку оптимального способу підготовки лікарів-хірургів. Триває пошук пріоритетних технологій навчання фахівців хірургічного профілю.

У століття бурхливого розвитку інформаційних технологій, індустрії фантомів, муляжів і віртуальних методів для освоєння мануальних навичок звучить можливість клінічної підготовки «біля ліжка хворого». І саме в цих умовах, з одного боку, ми повністю втрачаємо найважливіший елемент навчання – виховання лікаря, формування мотивації його професійної діяльності, а, з іншого – не формуємо навички прийняття рішень в різноманітних конкретних ситуаціях.

В даний час програми навчання в медичних вузах часто акцентовані на поповнення теоретичних знань, досягнення сучасних інструментальних технологій, а не на поліпшення вміння грамотного фізикального обстеження хворого, критичне осмислення зібраної інформації, створення оптимального плану лікування. Все це послаблює зв'язок пацієнта з лікарем.

Ця проблема знайшла своє рішення на кафедрі хірургії № 2 Харківського національного медичного університету, де завдяки злагодженій співпраці співробітників кафедри з лікарями-хірургами хірургічного відділення КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМД та МК», лікарі-інтерни мають змогу постійно підвищувати свою кваліфікацію як у практичному, так і у деонтологічному плані взаємозв'язку «лікар-пацієнт».

Під час проходження інтернатури майбутні лікарі-хірурги паралельно із здобуттям теоретичних знань, постійно приймають активну участь в процесі лікування хворих. Кожний ранок починається з «п'ятихвилинки», на котрій прово-

диться розбір цікавих клінічних випадків, під час якого лікарі-інтерни можуть також приймати участь у дискусії. Подалі молоді спеціалісти приймають участь в обході хворих, який очолюється завідуючим кафедри та завідувачем хірургічного відділення.

Під час оперативних втручань лікарі-інтерни мають змогу асистувати на операціях, цим самим відшліфовують свої навички та знання з оперативної та топографічної анатомії, в'язання вузлів, виконання деяких етапів операції. Кафедрою розроблений план чергувань лікарів-інтернів у хірургічному відділенні, під час яких вони можуть прослідкувати весь шлях хворого від приймального відділення до отримання ним кваліфікованої медичної допомоги.

Також на кафедрі розроблений план тематичних занять та лекцій, під час яких лікарі-інтерни підвищувати свої теоретичні знання шляхом ознайомлення з сучасною науковою літературою, в тому числі, з періодичними виданнями, новими розробками, що були представлені на міжнародних наукових конференціях та симпозіумах.

Раз на місяць лікарі-інтерни приймають участь у зібранні Асоціації хірургів Харкова на базі Інституту загальної та невідкладної хірургії НАМН України, де можуть прослухати та виступити з доповідями про сучасні технології в хірургії.

Висновки та перспективи у даному напрямку:

1. Удосконалення оперативної майстерності має на увазі індивідуальну передачу мануальних навичок і хірургічних технологій. Таким чином підготовка та удосконалення кваліфікації фахівця хірургічного профілю має бути безпосередньо пов'язане зі співпрацею з лікарями практичної охорони здоров'я.
2. У сучасних умовах безперервно прискореного науково-технічного прогресу, молодий фахівець будь-якого фаху ні в якому разі не повинен забувати основ лікування за методикою «лікар-пацієнт», що підвищує як комунікабельність самого лікаря так і допомагає в постановці вірного діагнозу і вибору подальшої тактики лікування.
3. Кожен лікар-інтерн повинен підвищувати свої теоретичні знання та навички шляхом участі у конференціях, з'їздах, вебінарах як вітчизняних науковців так і міжнародних.

### **Література**

1. Пшук, Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю [Текст] / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. – 2014.
2. Волосовець О.П. Стратегія євро інтеграційного формування вищої медичної освіти в Україні/ О.П. Волосовець //Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – №2. – С. 5 – 12.
3. Гуревич Р. С. Інформаційно-комунікаційні технології в навчальному процесі і наукових дослідженнях // Р. С. Гуревич, М. Ю. Кадемія. – К. : Освіта України, 2007. – 396 с.
4. Питання організаційно-педагогічного та методичного забезпечення навчання лікарів-інтернів / П.Г.Кравчун, О.М.Шелест, Г.Ю.Титова, О.І. Шушляпин, І.М.Добровольська, Ю.О.Ковальова // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медично-му університеті: матеріали 41-ї науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці ХНМУ, Харків, 28 квітня 2015 р. – Харків, 2015. – С. 70–72.

## **ПРИНЦИПИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

*Кузнєцов С.В., Жаркова Т.С., Кучеренко О.О., Вовк Т.Г.*

На сьогоднішній день, провідне завдання сучасної медицини це надання якісної медичної допомоги населенню, одним із напрямків якого є підвищення рівня практичної та теоретичної підготовки лікарів інтернів, які вчаться оволодівати основами самостійної лікарської діяльності. Протягом циклу на кафедрі дитячих інфекційних хвороб значна увага приділяється як теоретичним, так і практичним напрямкам діяльності майбутніх спеціалістів. Особлива увага приділяється використанню в процесі навчання інтернів лекційного матеріалу, де викладаються сучасні напрями розвитку інфекційної патології серед дітей, практичним заняттям, клініко-анатомічним конференціям, а також семінарам, де розглядаються новітні досягнення в медицині, та нові можливості лабораторно-інструментальної діагностики, спеціальних імунологічних обстежень та розробка на цій основі сучасних програм лікування дітей хворих на інфекційні захворювання. Важливим доповненням до практичної діяльності є підготовка лікарів-інтернів до самостійного оволодіння матеріалом, що реалізується через написання тематичних рефератів та підготовку доповідей. Також увага приділяється основам диференційної діагностики, що забезпечить здатність інтернів належним чином формулювати заключний діагноз та призначати адекватне лікування, складати програму реабілітаційних заходів.

На наш погляд викладені напрями у методиках подачі матеріалу мають принципове значення, тому що дозволяють розробити свідомий індивідуальний підхід лікаря до хворого і на цій основі вибрати оптимальну програму лікування.

Важливим напрямком покращання навчального процесу, на нашу думку, може бути залучення лікарів інтернів до наукових досліджень та інноваційних розробок, під наглядом викладачів. Також, викладачами подається матеріал із особливостей деонтології та біоетики при інфекційній патології, що дозволяє враховувати сучасні тенденції розвитку науки та забезпечує впевненість інтернів у процесі самостійної роботи з хворими.

На нашу думку, поряд з оволодінням теоретичних знань не оцінимо значення має використання в навчальному процесі клінічних задач, які навчають молодих спеціалістів знаходити вихід із проблемних ситуацій і дозволяють підвищити в цілому професійну підготовку. Створений на кафедрі дитячих інфекційних хвороб такий освітньо-виховний процес дозволяє покращити рівень підготовки та забезпечує оволодіння лікарями-інтернами фундаментальними знаннями.

Таким чином, можна відзначити, що підготовка лікарів-інтернів на кафедрі дитячих інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету базується на цілісній системі підготовки, використанні інформаційно-освітніх технологій, що в цілому відображує сучасні тенденції розвитку медичної науки та забезпечує належний рівень знань майбутніх спеціалістів.

## **НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-ПЕДІАТРІВ РАЦІОНАЛЬНОМУ ХАРЧУВАННЮ ДІТЕЙ ВІКОМ 1-18 РОКІВ**

*Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Саратов В.Н., Губар С.О., Казанов В.Я.*

Необхідність проведення занять з інтернами-педіатрами на цю тему з'явилася в зв'язку з рекомендаціями МОЗ України від 8-11 грудня 2017 р з харчування

дітей у віці від 1 до 18 років, перегляду яких не було протягом останніх 19 років. Аргументом служила надзвичайна актуальність проблеми «дієта і ожиріння» як для світової спільноти в цілому, так і для України зокрема. Дані світової статистики (ВООЗ, 2008) свідчать, що більш 1,4 млрд дорослих людей у віці 20 років і старше страждають від надмірної ваги, з них понад 200 млн осіб чоловічої статі і майже 300 млн осіб жіночої статі страждають від ожиріння. В цілому більше 10% дорослих страждають ожирінням. Ці відомості дуже тривожні, бо надмірна вага і ожиріння є основними факторами ризику смерті в світі. Щонайменше, 3,4 млн дорослих щорічно вмирають в результаті надмірної ваги і ожиріння. Зайвою вагою і ожирінням обумовлено 44% випадків цукрового діабету, 23% випадків ішемічної хвороби серця (ІХС), від 7 до 41% випадків деяких видів раку. Останнім часом знаходять пряму залежність між надлишковою вагою, ожирінням і розвитком бронхіальної астми, хронічної обструктивної хвороби легень (ХОХЛ), або астми у хворих з синдромом обструктивного апное / гіпопное сну (СОАГС). 65% населення світу проживають в країнах, де надмірна вага і ожиріння призводять до смерті більшого числа людей, ніж знижена маса тіла. Не краща ситуація і в Україні, де кожен другий знаходиться в зоні ризику: 53% осіб з надмірною вагою та 20% - з ожирінням. Останнє вкорочує життя на 11,5 років. Викладене стало підставою для розробки кафедрою методичних матеріалів однієї лекції і одного семінарського заняття з проблеми «дієта і ожиріння» з оцінкою вгодованості і обговоренням можливої ролі її в механізмах розвитку захворювання при клінічному розборі хворих з різними нозологічними формами.

Лекція і семінар передбачають розгляд ряду питань, реалізація яких здійснюється через самопідготовку інтерна з подальшим обговоренням на семінарі: 1) актуальність теми; 2) надмірна вага, ожиріння і захворюваність; 3) надмірна вага, ожиріння в різні вікові періоди життя дитини; 4) незбалансованість харчування дітей і ожиріння; 5) трансжири і ожиріння; 6) роль сім'ї в приготуванні якісної їжі і раціональне харчування дитини; 7) шкільне харчування і високовуглеводиста їжа; 8) фізична активність, гіподинамія дітей різних вікових груп і дитяче ожиріння; 9) раціональне харчування дітей різних вікових груп; 10) роль держави і охорони здоров'я в розробці нормативно-правових заходів щодо запобігання росту дитячого ожиріння.

При аналізі актуальності теми викладач окцентує увагу інтернів-педіатрів на те, що нездорове харчування в ранні роки програмує проблеми в дорослому віці, в зв'язку з чим, слід докладати великих зусиль для розриву згубного циклу нераціонального харчування, який переноситься з дитячого в підлітковий вік (діти у віці від 11 до 18 років відносяться до групи високого ризику) а потім - у доросле життя. Тому основи правильного харчування слід закладати з раннього дитинства, особливо з 6 місяців, коли дитина починає переходити від грудного вигодовування до звичайної їжі. Так, в 2012 році в світі більше 40 млн дітей у віці до 5 років мали надлишкову вагу або ожиріння, при цьому в країнах що розвиваються, число дітей з надмірною вагою складала більше 30 млн, а в розвинених - 10 млн, тобто відзначалася певна залежність частоти надмірної ваги і ожиріння від рівня низького і середнього доходу в сім'ях. В Європі кожна третя дитина страждає на ожиріння. Ця патологія в останні роки набирає темпи і в Україні, де налічується зараз 70 тисяч дітей з надмірною масою тіла. У звіті ВООЗ (2015) вказується на підвищення поширеності ожиріння з віком дітей. Чим старша дитина,

тим більше зростає ризик ожиріння через нераціональне харчування. Аналізуючи характер харчування у дітей різних вікових груп, викладач звертає увагу на незбалансованість харчування дітей в країні - їжа стала більш різноманітною в складі якої з'явилася велика кількість борошняних виробів, солодких напоїв та інших небезпечних для здоров'я продуктів, наприклад, трансжирів.

Трансжири (це штучно синтезовані гідрогенізовані жири як, наприклад, майонез) понад півстоліття використовуються світовою спільнотою через дешевизну і непогані споживчі властивості, входячи до складу фастфудів, пончиків, тортів і тістечок, крекерів, чіпсів, попкорну, м'ясних і рибних напівфабрикатів, кетчупів, спредів. Підкреслюється, що молекула гідрогенізованого жиру, спотворена в порівнянні з природними сполуками, в зв'язку з чим при метаболізмі в людському організмі порушує транспорт поживних речовин через мембрани клітин - погіршується клітинне харчування - відбувається накопичення токсичних продуктів збеного обміну речовин, що спричиняє безліч небезпечних захворювань (розвиток серцево-судинної патології, атеросклерозу, інфаркту міокарда, діабету, онкологічних та інших). Рішення даної проблеми полягає в затвердженні гранично допустимих норм вмісту трансжирів у харчових продуктах, що реалізовано вже в ряді країн (Данія, Голандія, США, Австралія).

При розборі теми вказується також на роль сім'ї в раціональному харчуванні дитини. Зокрема, наголошується значущість обмеження при приготуванні їжі майонезу і рафінованої олії а також промислових напівфабрикатів - котлет, біфштексів і рибних паличок обсмажених у фритюрі. Констатується, що сучасні батьки часто вже не витрачають багато часу на приготуванні якісної їжі, а дають дітям кишенькові гроші, які вони витрачають на продукти з високою концентрацією речовин, які змінюють метаболізм в організмі.

Виділяють значимість фізичної активності і гіподинамії дітей різних вікових груп у формуванні дитячого ожиріння, а також роль шкільного харчування з високовуглеводною їжею (солодкі булочки, газовані напої збільшують добові споживання вуглеводів), цим аргументується доцільність прийняття на державному рівні рішення щодо забезпечення правильного харчування в організованих колективах, школах (наприклад, в Молдові шкільне харчування чітко регламентовано на державному рівні: страви можна готувати із натурального м'яса, субпродукти і сосиски, а також страви з високим вмістом вуглеводів, здобні булочки, макаронні вироби, газовані напої заборонені (А.Риков, 2017).

Розглядаються рекомендації по раціональному харчуванню дітей у віці от 1 року до 18 років, які передбачають зниження енергетичної цінності їжі у дітей різних вікових груп до 5 - 15%. Зокрема, калорійність раціону дитини 1 -3 років становить 1385 ккал, що на 155 ккал менше за рахунок зниження жирів і вуглеводів, від рекомендованих до 1999 року.

Калорійність у віці 4-6 років знижена на 300 ккал шляхом зменшення кількості білків на 10г, жирів- на 2 г і вуглеводів- на 10 г. Калораж становить 1700 ккал.

Зниження калорійності їжі на 400 ккал визначено і для дітей з 6 річного віку за рахунок зменшення кількості білків на 5 г, жирів на 7 г і вуглеводів на 72 г. Калораж становить 1800 ккал. У дітей у віці 7-10 років калорійність їжі знижена на 300 ккал, складаючи в цілому від 2100 ккал при зниженні кількості білка на 6 г і вуглеводів- на 38 г при незмінній (70 г) кількості жирів.

У хлопчиків і дівчаток 11-13 років калораж зменшився на 400 ккал і 250 ккал, складаючи на добу 2400 ккал і 2300 ккал. Зменшення істотне за рахунок вуглеводів на 98 г і 60 г для хлопчиків і дівчаток відповідно, але при цьому кількість необхідних білків на 9 г і 4 г і жирів - на 2 г і 1 г збільшені для осіб чоловічої і жіночої статі.

Для юнаків та дівчат 14-17 років загальний калораж становить 2700 ккал і 2400 ккал відповідно, що менше на 500 ккал і 250 ккал від попередніх норм. Зниження здійснено за рахунок вуглеводів на 110 г і 150 г (юнаки та дівчата відповідно) і також жирів (2 г і 13 г), але кількість білків збільшена на 3 г для хлопців та 13 г на добу - для дівчат.

В кінці заняття підводяться підсумки, обговорюються роль і місце педіатра, сімейного лікаря у вирішенні питань раціонального харчування дитини індивідуального в кожному конкретному випадку.

## **ВИКЛАДАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДОВГОТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ**

*Малик Н.В.*

Лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями – одна з головних ланок роботи сімейного лікаря. Хронічні захворювання частіш за все викликають прогресуюче порушення певних функцій організму та призводять до інвалідизації, внаслідок чого людина повністю стає залежною від членів сім'ї та потребує постійної сторонньої допомоги. До таких захворювань відносяться онкологічні захворювання, захворювання нервової системи (постінсультні порушення, хвороба Паркінсона, дитячий церебральний параліч, хвороба Коновалова – Вільсона, нервово – м'язова патологія, спинальні травми, демієлінізуючі захворювання) та інші.

На відміну від захворювань з гострим перебігом, при яких результат лікування досягається швидко, при хронічному перебігу захворювання тактика ведення пацієнтів повинна бути інакшою. Обов'язково слід враховувати психологічний стан таких пацієнтів, який характеризується високим рівнем страху, тривоги та депресії. В даному випадку лікування може ускладнювати невіра в одужання та сумніви.

Якими ж якостями повинен володіти лікар? Мабуть, важко помилитись, якщо сказати – гуманість, доброта та милосердя. Це відповідальність та деликатність, чуткість та состраждання. А по відношенню до пацієнтів з хронічним, тривалим перебігом захворювання ці якості лікаря повинні бути виражені ще більше.

У боротьбі із хворобою важливі не тільки медичні засоби. Лікар завжди прагне викликати у пацієнта душевний підйом, зміцнити впевненість у видужанні. Одна з головних умов успішного лікування – глибока довіра хворого до лікаря, який його спостерігає і як наслідок цього - віра у результат призначеного їм лікування.

При проходженні циклу загальної практики - сімейної медицини на кафедрі загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ лікарями - інтернами велика увага приділяється тому, що при захворюванні одного з членів сім'ї сімейний лікар повинен слідкувати за станом здоров'я та життєдіяльністю всієї родини. Коли в сім'ї з'являється пацієнт, прикутий до ліжка, це удар для сім'ї. Сім'я сталкується з рядом питань, які неможливо вирішити самотійно: хто

повинен цілий день доглядати пацієнта, де брати кошти на дорогокоштуюче лікування, в яких умовах повинен перебувати пацієнт та багатьма іншими. Лікування у спеціалізованих стаціонарах в даному випадку – це процес тимчасовий, тому основна частина часу випадає на амбулаторне ведення таких пацієнтів сімейним лікарем. При цьому велике значення має і правильна і своєчасна діагностика захворювання, і питання довготривалого спостереження за такими хворими. В цьому випадку наставником буде сімейний лікар, який дасть необхідну пораду та рекомендації, вмє вислухати та буде відвертим.

На кафедрі ЗПСМтаВХ ХНМУ викладання матеріалу сімейним лікарям-інтернам ведеться з точки зору синдромального підходу до діагностики захворювань. Для досягнення поставленої мети на практичних заняттях лікарі-інтерни вчаться відокремлювати ведучий клінічний синдром, що обумовлює тяжкість стану пацієнта, ставити синдромальний діагноз, обговорюються особливості диференційної діагностики, обстеження, лікування та диспансерного нагляду за різновірними хворими та хворими, які потребують постійної сторонньої допомоги.

На базі КЗОЗ ХОЦПМ «ХОСПИС», яка є клінічною базою кафедри ЗПСМтаВХ, лікарі-інтерни мають змогу ознайомитись з роботою цього лікувального закладу, побачити пацієнтів з різноманітною патологією, яка призвела до глибокої інвалідизації, навчитись наданню висококваліфікованої паліативної допомоги, яка вмщує не тільки медикаментозну, але і психотерапевтичну корекцію. Дуже важливо, щоб такі пацієнти постійно відчували до себе увагу та турботу, особливо, коли вони знаходяться невдома. Нажаль, не всі пацієнти довготривалого спостереження мають змогу знаходитись в таких закладах в разі відсутності їх в багатьох районах країни, тому навчання сімейних лікарів веденню таких пацієнтів в амбулаторних умовах набуває все більше значення.

Безумовно, догляд за пацієнтами, які потребують постійної сторонньої допомоги, полягає, перш за все, на плечі родини, але роль сімейного лікаря в цій ситуації величезна. Глибоке знання умов биту, проблем, причин конфліктів в сім'ї, як факторів, що сприяють виникненню захворювань – це головна зброя сімейного лікаря.

Успіх надання медичної допомоги залежить не тільки від лікаря, але і від самого хворого, тому лікування пацієнтів, які вимагають постійного стороннього догляду, повинно відбуватись у тісному співробітництві з пацієнтом та його родиною.

При викладанні лікарям-інтернам циклу сімейної медицини велика увага приділяється тому, що при тривалій хворобі на одному з етапів лікування обов'язково стануть питання про додаткові засоби лікування, питання соціальної підтримки, а також роз'яснення планування подальшого життя і фінансів, що можливо може бути пов'язано з можливою недієдатністю пацієнта, тому лікарі повинні вмти дати відповідь на всі ці питання, з якими вони обов'язково зустрінуться. Також про проходженні циклу сімейної медицини розглядаються питання ведення хворих з онкологічною патологією, коли встає питання призначення сильних знеболюючих засобів та наркотичних препаратів.

Таким чином, післядипломна підготовка сімейних лікарів – інтернів має велике значення для комплексного та успішного лікування та ведення пацієнтів довготривалого спостереження в амбулаторних умовах.

## **Література**

1. Миллионщикова В.В., Лопанов П.Н., Полишкис С.А. Хосписы. Литературный обзор. Рекомендательные, информационные и справочные материалы. Москва 2002 г.
2. Михайлов Б.В. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В.Михайлов, С.М.Мороз//Архив психиатрии. – 2008. – Т.14, №2 (53). – С.4-8.
- 3.Новиков Г.А., Чиссов В.И., Модников О.П., ред. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. М.; 2004; т. 1.
4. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Методические рекомендации. / под ред. Мишина О.С. Москва 2016 г.
- 5.Психология и психотерапия семьи, 4-е издание. Эйдемиллер Э., Юстицкис В.. Издательство “Питер”, 2010 г. – с.80.
- 6.Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. с. 80.

## **ПРИНЦИПИ ФОРМУЛЮВАННЯ ЗАКЛЮЧНОГО КОМБІНОВАНОГО ДІАГНОЗУ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

*Марковський В.Д., Сорокіна І.В., Наумова О.В., Борзенкова І.В.*

Уміння правильно формулювати заключний клінічний або патологоанатомічний діагноз - важливий навик для лікаря будь-якого фаху. Основні принципи побудови патологоанатомічного діагнозу були сформульовані видатними патологоанатомами І.В. Давидовським (1927), М.К. Далем (1949), А.В. Смолянніковим (1977), В.В. Серовим (1982) та ін., отримали продовження в працях вітчизняних патологоанатомів А.Ф. Яковцової, Д.Д. Зербіно, С.Г. Гички та ін.

Відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям» 10-го перегляду (МКБ-10) заключний діагноз повинен бути уніфікований з використанням формулювань МКБ-10, відповідати правилам побудови і кодування клінічних і патологоанатомічних діагнозів, точного виконання вимог до оформлення лікарського свідоцтва про смерть. Як клінічний, так і патологоанатомічний діагнози повинні містити рубрики: основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання.

Основним захворюванням вважається те захворювання, яке саме по собі або через свої ускладнення є причиною звернення за медичною допомогою, причиною госпіталізації, обстеження та лікування пацієнта, врати працездатності (у клінічному діагнозі) або причиною смерті (у клінічному та патологоанатомічному діагнозах).

Майбутній лікар-патологоанатом повинен розуміти, що в рубрику «основне захворювання» виноситься нозологічна одиниця (синдром) що є в МКБ-10 з уточненням форм, особливостей патогенезу і танатогенезу з описом всіх її морфологічних проявів (макро- і мікроскопічних), при необхідності з внесенням даних клініко-лабораторних досліджень. Основне захворювання може бути монокаузальним, коли воно представлено однією нозологічною одиницею. Однак в практиці все частіше лікар стикається з ситуаціями поєднання за часом і тяжкості декількох нозологічних одиниць, і в цьому випадку має місце мультікаузальний, частіше бікаузальний генез захворювання і смерті. У таких випадках лікар формулює діагноз у вигляді комбінованого основного захворювання, до якого відносять конкуруючі захворювання, основне і фонове захворювання, поєднані захворювання.

Конкуруючі захворювання - кожне з яких саме по собі окремо могло привести до смерті хворого. Поєднані захворювання - які самі по собі окремо не могли б викликати летального результату, але призводять до смерті, коли поєднуються у важкого хворого. Фонових захворювання - таке, що передує основному захворюванню або збігається з ним у часі й відіграє суттєву роль у несприятливим перебігу та розвитку ускладнень основного захворювання.

Однак для медичного статистичного обліку кодується тільки одне захворювання, тому у випадках конкуруючого і поєданого діагнозів, перед патологоанатомом постає питання, яке з захворювань винести на перше місце для кодування. Для вирішення його потрібно враховувати насамперед те, яке з захворювань мало більше значення в танатогенезі. Наприклад, у пацієнта з серцевою недостатністю, який знаходився в стаціонарі з приводу інфаркту міокарду, розвинулося шлункова кровотеча внаслідок загострення хронічної виразки шлунку. В цьому випадку в основному діагнозі винести на перше місце і кодувати слід хронічну виразку з кровотечею, оскільки саме ця патологія зіграла провідну роль в танатогенезі. Необхідно відзначити, що онкопатологія з віддаленими метастазами, інфекційні хвороби, які є причиною смерті, повинні обов'язково виноситися на перше місце в структурі конкуруючого і поєданого основного захворювання.

Відносно комбінованого основного захворювання з наявністю фонові патології відзначимо, що при летальних випадках цереброваскулярних захворювань, ішемічної хвороби серця деякі клініцисти, а іноді і патологоанатоми гіпертонічну хворобу, цукровий діабет виносять до рубрики супутньої патології, що є неправильним, оскільки в даних випадках ця патологія передує основному захворюванню, патогенетично пов'язана з ним і обтяжує його перебіг. У таких випадках гіпертонічна хвороба, цукровий діабет або обидва цих захворювання повинні входити до складу основного захворювання в якості фонові патології.

Хочеться додати, що в останні роки деякі клініцисти намагаються замінити нозологический діагноз на синдромальний, що суперечить основним принципам побудови заключного діагнозу. Наприклад, часто між патологоанатомом і клініцистом виникають суперечності з приводу тромбоемболії легеневої артерії, яку клініцисти в своєму заключному діагнозі виставляють як основне захворювання. Це в корені невірно, так як ТЕЛА є ускладненням, часто смертельним, багатьох інших захворювань. Як нонсенс звучить «пацієнт хворів тромбоемболією легеневої артерії». Те ж стосується синдрому поліорганної недостатності, перитоніту і так далі.

Таким чином, уміння правильно формулювати діагноз, в тому числі у випадках комбінованого основного захворювання, - це важливий навик, який повинні освоїти при навчанні в інтернатурі клініцисти і патологоанатоми, оскільки він є одним з показників рівня професійної кваліфікації майбутнього лікаря.

### **Література**

1. Давыдовский И.В. (1927) Проблемы современной нозологии. Вест. современ. медицины, 7: 423.
2. Даль М.К. (1949) Клинико-патологоанатомический анализ врачебной диагностики. Госмедиздат, Киев, 61 с.
3. Серов В.В.(1982) Патологическая анатомия и клиническая медицина (актовая речь). Издательство 1-го ММИ им. И.М.Сеченова, Москва, 36 с.

4. Смольянников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. (1977) Принципы составления патологоанатомического диагноза. Москва, 68 с.
5. А.Ф.Яковцова, И.К.Кондаков, В.Д. Марковский, М.М.Пітенько. Клінічна патологічна анатомія: навч. посібник. Х.:ХНМУ, 2008.-264с.
6. Д.Д. Зербино, С.Г. Гичка, В.Н. Рыбка Формулирование клинического и патологоанатомического диагнозов: современный взгляд на проблему. Укр. мед. часопис, 4 (72) – VII/VIII 2009, с. 45-47.

## **ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СУЧАСНІЙ ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПІДГОТОВКУ ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ**

*Пащенко Ю.В., В'юн В.В., Давиденко В.Б.*

Технологічний прогрес медицини значно випереджає реалії сьогодення. Застосування міжнародно визнаних протоколів лікування дітей потребує в першу чергу високоточної діагностики вади розвитку або набутого захворювання. Нажаль немає жодної установи яка могла би забезпечити всебічне обстеження різних вікових груп маленьких пацієнтів, що утруднює вибір адекватної корекції. Наявність сучасного обладнання: тривимірного УЗ, сумісного з даними КТ та МРТ, ПЕТ, надшвидкісної функціональної МРТ, дифузної КТ, сцинтиграфії, ендоскопічної апаратури вікових розмірів, можливостей швидкісних молекулярних досліджень та ін. є не причудами науковців, а реальною практичною необхідністю.

Проведення складних реконструктивно - відновних оперативних втручань потребує застосування сучасних методик гемостазу (аргоновий лазер, радіочастотна, мікроволнова, ультразвукова енергія), технологій оперативних втручань (ендовідеоскопія, транслюмінальна хірургія, роботизовані технології).

Ефект лікування у певній мірі залежить від наявності можливості застосування стереотаксичної радіохірургії (кіберніж), радіоімунної проводникової хірургії, мікротехнологій (нанотехнологічного таргетного впливу).

Сучасного спеціаліста необхідно готувати з урахуванням всіх досягнень медичної науки, застосовуючи тренінги, симулятори віртуальної реальності, спираючись на значний досвід університетських клінічних колективів. Це потребує певного перегляду мети та умов післядипломної освіти молодих фахівців, та поширення міжнародних зав'язків кафедр що готують кадри для майбутнього.

## **ВНЕСОК ВЧЕНИХ-ГІГІЄНІСТІВ В ІСТОРІЮ КАФЕДРИ КОМУНАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ**

*Сидоренко М.О., Завгородній І.В., Сокол К.М.*

Історія розвитку гігієни і санітарії в Україні тісно пов'язана з іменами видатних санітарних лікарів, вчених, які все своє життя, знання і досвід присвятили громадському здоров'ю, організації санітарно-епідеміологічної служби, яка на протязі багатьох десятиліть турбувалась про поліпшення суспільного здоров'я людей.

Історично так склалося, що у довоєнні роки Харків став центром зародження гігієнічних кафедр, на яких вперше були розроблені програми підготовки студентів, навчальні посібники для практичних занять, підручники, проводилися широкі науково-практичні дослідження. На високому професійному рівні розроблялися заходи щодо захисту населення, природних та виробничих середовищ від шкідливої дії нових антропогенних факторів. Була створена державна санітарна інспек-

ція. З лав цієї служби вийшли видатні вчені-гігієністи. Історія кафедри комунальної гігієни, її заснування пов'язане з іменем дійсного члену АМН СРСР О. М. Марзеєва, діяльність якого почалась з посади земського санітарного лікаря, пізніше він працював головним санітарним лікарем Румунського фронту, завідувачем санітарно-епідеміологічного відділу Наркомздор'я УРСР, організатором і директором перших курсів санітарних лікарів України, організатором кафедри комунальної гігієни в Харківському медичному інституті (1933 р.). О. М. Марзеєву належать багато праць, присвячених вивченню санітарного стану міст і сіл, і в першу чергу Донбасу. В 1951 р. ним був підготовлений до друку перший у світі підручник з комунальної гігієни, який був перекладений російською, польською, китайською мовами. О. М. Марзеєв є автором 19 підручників, багато з яких опубліковані польською, угорською, румунською, китайською, естонською, грузинською та іншими мовами. Заслуги О. М. Марзеєва високо оцінені званням Заслуженого діяча науки УРСР, чотирма орденами і багатьма медалями. Нині його ім'я присвоєно ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеєва НАМН України».

Наукова і педагогічна праця О. М. Марзеєва була продовжена його учнями Д. М. Калюжним і В. М. Жаботинським.

Член-кореспондент АМН СРСР Д. М. Калюжний був вченим, педагогом, практичним санітарним лікарем. Після закінчення у 1918 р. Харківської фельдшерської школи свою трудову діяльність розпочав на посаді дезінструктора дезстанції Південних доріг та продовжив її санітарним лікарем Харківської міської санепідстанції, а у 1932 р. переходить в Український інститут комунальної гігієни, очолюваний О. М. Марзеєвим. З 1956 до 1971 р. був директором цього інституту. Під час війни керував медичною службою з ліквідації епідемії сипного тифу у таборі Терезино у Чехословаччині. За успішну ліквідацію епідемії Чехословацьким урядом був нагороджений орденом «Чехословацький бойовий залізний хрест» і пам'ятною Дукельською медаллю. Денис Миколайович зробив великий внесок у розвиток гігієнічних досліджень. Свої спостереження, гігієнічні дослідження були узагальнені в праці «Польове розміщення військ і будівництво необоронних споруд з досвіду Великої Вітчизняної війни». В повоєнні роки Д. М. Калюжний значний внесок зробив у принципово нові дослідження впливу атмосферного повітря на умови і стан здоров'я населення, гігієни планування населених місць, організує лабораторії з вивчення канцерогенних речовин і вперше в світі науково обґрунтовує і здійснює гігієнічне нормування хімічних речовин, що мають бластоогенні властивості. Разом з кандидатом медичних наук І. Є. Мухіним організував лабораторію радіаційної гігієни, а з участю кандидата мед. наук Ю. Д. Думанського організував лабораторію гігієни електромагнітних полів. За участі проф. Калюжного при Українському інституті комунальної гігієни були організовані лабораторії з гігієнічного вивчення шуму у навколишньому середовищі, токсикологічна, патоморфологічна, гігієни пестицидів. За свою діяльність проф. Калюжний Д. М. був нагороджений чотирма орденами та багатьма медалями.

В 1943 році кафедру комунальної гігієни ХМІ очолив учень, багаторічний співробітник, послідовник О. М. Марзеєва проф. В. М. Жаботинський, який також розпочинав свою роботу санітарним лікарем –окружним санітарним лікарем Харківського Окрздороввідділу, зав. житлово-комунальної санітарії Наркомздор'я України. В. М. Жаботинський був серед тих, хто у 1931 р. на чолі з О. М. Марзеє-

вим організували Український інститут комунальної гігієни, а в 1933 р. – кафедру комунальної гігієни в ХМІ, в якому він був асистентом, доцентом, а з 1949 по 1973 рр. – завідувачем кафедри. Наукові дослідження його були пов'язані з санітарною охороною водойм. Він приймав участь в розробці гігієнічних основ генеральної схеми водопостачання і каналізації Донбасу, проекту планування м. Харкова. Василь Михайлович був членом Союзу архітекторів ССРСР, членом республіканської проблемної комісії, редакційної ради журналу «Гігієна і санітарія», Вченої ради «Укрводгео». Він був одним з авторів підручника «Комунальна гігієна» для студентів санітарно-гігієнічного факультету в медичних вузах країни, витримав 3 видання.

В наступні роки кафедрою завідували доцент Кривошей В.О. (1973-1985 рр.), доцент Щербань М.Г. (1985-1988 рр.). У 1987-1988 навчальному році кафедра була об'єднана з кафедрою гігієни праці під загальною назвою «Кафедра гігієни праці та комунальної гігієни». Її очолив професор Євтушенко Г.І., який одночасно був директором Харківського НДІ гігієни праці та професійних захворювань. Він став відомий в Україні і за кордоном своїми працями у галузі вивчення механізмів біологічної дії імпульсних електромагнітних хвиль низької частоти. Про значущість цих досліджень свідчить Міждержавна програма СРСР та США в якій особливе місце було відведено питанню впливу електромагнітних полів на людину.

У подальшому (1993 р.) кафедру очолив професор Жуков В.І., який започаткував новий напрямок у наукових дослідженнях кафедри – вивчення механізму біологічної дії на людину простих поліефірів і вплив їх на стан водойм. Професор Жуков В.І., доцент Щербань М.Г. та професор Бондаренко Л.А. стали співавторами СанПіНу № 4630-88 «Санитарные правила и нормы охраны поверхностных вод от загрязнения», МОЗ СРСР (Москва, 1988 г.). За участю і під керівництвом В.О. Кривошея, В.І. Жукова, було розроблено і затверджено 117 ГДК у воді водойм. Доцентами М.Г. Щербань та М.О. Сидоренко були розроблені медико-технічні вимоги до новоствореної установи електроімпульсної технології водопідготовки, яка на сьогодні впроваджена у технологію водопідготовки в окремих зарубіжних країнах. Дослідження доц. М.О. Сидоренко у вивченні проблем комунальної гігієни (планування населених місць, атмосферне повітря, вода, експертиза нових будівельних матеріалів та ін.) були використані при створенні територіальної комплексної схеми охорони природи (ТерКСОП) Харківської області.

В 1997 році кафедра комунальної гігієни і всі інші профільні гігієнічні кафедри (всього 5) були об'єднані в єдину кафедру гігієни та екології № 2, яку очолив академік АН вищої школи України, дійсний член Міжнародної академії комп'ютерних наук і систем, доктор медичних наук, професор М.В. Кривоносов, який протягом 19 років (1975-1994 рр.) був деканом медико-профілактичного факультету, а з 1994 р. – проректором ХМІ з наукової роботи. У 2010 році завідувачем кафедри призначається професор, доктор медичних наук І.В. Завгородній, член товариства токсикологів України, голова експертної комісії ХНМУ.

Реорганізація гігієнічних кафедр ХНМУ проходила одночасно з реорганізацією державної санітарно-епідеміологічної служби України, яка закінчилася її ліквідацією, а також закінченням прийому студентів на медико-профілактичний факультет, та скороченням кількості навчальних годин.

Кафедра залишається основною базою університету з гігієнічної підготовки лікарів лікувального профілю. Вивчення гігієни і екології в нинішній час є особливо

актуальним у зв'язку з глобальним ускладненням екологічної ситуації і виникненням нових екологічних чинників. Цей висновок підтверджується організацією медичної освіти Великої Британії, в якій професійна підготовка лікаря-спеціаліста розрахована на 5-6-річному навчанні в медичному університеті, 1 рік в інтернатурі та не менше 7 років професійної підготовки. Останнє передбачає 3 різних напрямки в одному з яких на третьому році підготовки передбачено обов'язкове вивчення «Комунальної медицини».

## **АКМЕОЛОГІЯ ЯК ОСНОВА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО ФОРМУВАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СТОМАТОЛОГІЯ»**

*Стоян О.Ю., Денисова О.Г.*

Засновник акмеології Н. В. Кузьміна підкреслює, що «необхідно у всіх або у переважній більшості випускників ВНЗ розвивати творчу готовність до дослідження професійної ситуації, самостійного формулювання і вирішення професійних завдань, оцінювання якості рішення, діагностиці факторів, які сприяють і перешкоджають досягненню вершин продуктивності, самовдосконалення, самокорекції, реорганізації особистості» [1].

Сучасний етап розвитку суспільства вимагає виховання фахівців з високим рівнем продуктивності освітньої діяльності, що можливо за умов підвищення якості випускників і створення ефективного механізму досягнення високих рівнів в психолого-педагогічній підготовці фахівців, зокрема лікарів-стоматологів.

Цей процес характеризується етапністю формування у лікарів-інтернів стоматологів клінічного мислення рівня «цілісний організм», відводячи від вузько спрямованого погляду молодих лікарів на спеціальність «стоматологія».

Роджерс К. К. (1951) стверджує, що людина - це «як особистість, яка постійно створює себе, усвідомлює своє призначення в житті, регулюючу межі своєї суб'єктивної волі» [2]. Розширюючи і регулюючи межі обраної професії - стоматології, створюючи себе в ній, виходячи в ній за межі вчорашніх досягнень науки, лікар-інтерн повинен реалізувати свою потребу у «самоздійсненні». Це передбачає поступовий, але постійний процес зростання-розвиток потреби в удосконаленні мануальних навичок, теоретичної підготовки, здатності і можливості самовираження, як необхідної умови саморозвитку та самореалізації в соціально значущою і соціально оцінюваною своєю діяльності, досягаючи на відповідному рівні професіоналізму такого розвитку акме, як умова переходу через себе до себе новому, більш значимого.

Ступінь зрілості людини (акме), зокрема як професіонала лікаря-стоматолога - багатогранний стан, який охоплює значний часовий проміжок його життя і завжди показує, наскільки він відбувся як фахівець. Акмеологія всебічно висвітлює особливості цієї важливої сходинки - ступінь зрілості, до якої повинен прагнути молодий спеціаліст на шляху від лікаря-інтерна до зрілого професіонала. Стан професійної зрілості не з'являється у молодого лікаря несподівано і відразу. За умов процесу соціалізації і при вихованні майбутніх фахівців-стоматологів, чітко спрямованому на формування професіонала з неординарним клінічним мисленням, високим рівнем гуманізму і громадянської зрілості, лікар піднімається до рівня, який виявляється вершиною у прояві всіх цих його «іпостасей». При цьому вершина професійного розвитку лікаря-стоматолога, повинна

мати свої особливі змістовні характеристики і форми вираження для кожного з названих вище проявів себе як високоосвіченого, всебічно розвиненого лікаря-стоматолога.

Істотним і невід'ємним у формуванні майбутніх фахівців є, з одного боку, продуктивна компетентність навчальних (фахівців освіти), з іншого - зусилля, яких навчають, потреба кожного опанувати вершинами компетентності в самостійному вирішенні майбутніх професійних завдань [1]

В процесі оволодіння спеціальністю «стоматологія» для лікаря-інтерна на перше місце повинна виходити оцінка інтегративної якості відповідної професійної підготовки в інтернатурі. Результатом психолого-педагогічної підготовки лікарів-стоматологів в інтернатурі має бути цілісні і інтегративні знання [3]. Лікарі-інтерни, ще вчорашні студенти стоматологічного факультету, навчаючись на профільних морфологічних і клінічних кафедрах, отримували базові знання. Післядипломна освіта, передбачає акумуляцію та систематизацію цих знань. Майбутній фахівець, сприймаючи навчальну інформацію, повинен пропустити її через себе, співвіднести її з собою, і осмислити запропоновану йому клінічну ситуацію. Це ставить лікаря-інтерна в положення активного суб'єкта, що пізнає, коли сума знань для нього набуває певну цінність. В умовах усвідомлення необхідності самовдосконалення, він прагне до придбання не просто знань з окремої дисципліни (терапевтична, хірургічна, ортопедична, дитяча стоматологія, ортодонція), а взаємопов'язаного, цілісного, інтегрованого знання.

Викладачу, який працює з лікарями-інтернами в своїй педагогічній діяльності необхідно виходити з того, що знання повинно бути цілісним, а кожен спосіб інтеграції може бути поєднаний з певним рівнем цілісності. Зовнішній механізм інтеграції при певних умовах з часом перетвориться у внутрішній суб'єктивний механізм, органічно поєднуючи психологічне і педагогічне знання. озброєння майбутнього фахівця стоматолога знаннями механізмів досягнення вершинних рівнів продуктивності в психолого-педагогічної підготовки дозволяє розвивати творчу готовність майбутніх лікарів до продуктивної вирішення майбутніх завдань [3].

Мотивація лікарів-інтернів до розвитку самостійного творчого потенціалу, сильних і стійких мотивів, які засновані на знаннях і мануальних навичках, дозволять майбутньому фахівцю, піднятися на вершину професіоналізму в своєму розвитку і як особистості, і як суб'єкта діяльності, і як індивідуальності в тій галузі стоматології, яка є для нього пріоритетним. І якщо вжити термін, укорінений при вивченні дорослої людини, досягти в цьому розвитку ступені акме.

### **Література**

1. Кузьмина Н.В. Развитие продуктивной компетентности у специалистов образования средствами изучения результатов собственной деятельности / Н. В. Кузьмина // Вестник Костромского гос. ун-та им. Н. А. Некрасова: научно-мет. журн. Т. 13. Серия Психол. науки «Акмеология образования» -2007. - № 5. - С. 4-7.

2. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие / А.А. Осипова-М.: Сфера, 2002 - 510 с.- [Электронный ресурс] [http://www.libok.net/writer/3963/kniga/11513/osipova\\_aa/obschaya\\_.psihokorreksiya/read/94](http://www.libok.net/writer/3963/kniga/11513/osipova_aa/obschaya_.psihokorreksiya/read/94)

3. Пачина Н.Н. Интеграция педагогики и психологии в образовательном процессе университета: автореф. дисерт. на соискание науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.08 - теория и методика профессионального образования / Н.Н. Пачина. - Елец, 2006. - [Электронный ресурс] <http://libed.ru/knigi-nauka/>.

## **КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ІНТЕРНІВ-НЕВРОПАТОЛОГІВ У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ**

*Товажнянська О.Л., Некрасова Н.О., Каук О.І., Марковська О.В.*

Проблема навичок міжособистісного спілкування у системі професійної підготовки інтернів-невропатологів набуває актуальності ще й тому, що ця підготовка відбувається не тільки в аудиторіях і лабораторіях вищого навчального закладу, а й безпосередньо у лікувальних закладах, де студенти оволодівають необхідними практичними навичками. Також суттєву роль у їх становленні відіграють позитивні і негативні явища, яких вони зазнають з боку соціокультурного середовища в умовах загального падіння рівня духовності населення й деформації системи традиційних життєвих цінностей та ідеалів [1,3,7].

Ці якості формуються й поступово розвиваються у медика з надбанням і накопиченням ним практичного досвіду. Проте реальна потреба у такому спілкуванні виникає у нього відразу ж з початком самостійної професійної діяльності по закінченню навчання у вищому навчальному закладі, коли необхідний досвід ще відсутній. Тому у загальній структурі професійної підготовки медиків і формування їх професійної і соціальної компетенції суттєвого значення набуває прищеплення норм і вимог загальної і професійної культури, у тому числі медичної етики й навичок міжособистісного спілкування [4,8].

Розуміння інтернами-невропатологами виключної ролі цих факторів у забезпеченні професійного й особистісного розвитку майбутнього лікаря, його самореалізації й успішного досягнення ним життєвих цілей стає одним із найважливіших завдань навчально-виховного процесу і педагогіки вищої медичної школи [5,6].

Формування культури спілкування у системі професійної підготовки майбутніх лікарів набуває особливого значення, тому що у суспільстві існує своєрідна модель надзвичайної довіри до лікаря, якою дехто із медичних працівників іноді ще й зловживає, прагне створити навколо себе атмосферу всемогутності. Як справедливо підкреслював у цьому зв'язку В. Шутц, «медична модель базується на уявленні, що експерт, лікар, знає хвороби, а пацієнт – ні». Лікар, таким чином, несе відповідальність за пацієнта у тому сенсі, що влада в їх відносинах належить лікареві.

Медична модель передбачає, що хвороба підкоряється визначеним законам, законам життя мікробів, акумуляції холестеролу, зростанню кров'яного тиску, а ставлення пацієнта до хвороби має визначене, але не основне значення. Лікарі знаються на цих питаннях, а інші – ні. Така передумова» [2].

Отже, професійна мовленнєва компетентність ґрунтується на гуманітарній культурі, глибоких та ґрунтовних професійних знаннях [3,5,6].

Інтерактивна складова спілкування характеризує взаємодію партнерів. Однією з відмінних рис професійної діяльності багатьох спеціалістів у сфері медицини є потреба у взаємодії спеціалістів різного профілю. У процесі її здійснення виникає не просто потреба у спілкуванні, а гранично чітке взаєморозуміння і

взаємодопомога. Також взаємодія з пацієнтом, уміло і правильно організована, сприяє більш скорому одужанню.

У процесі професійної підготовки лікарів ще недостатня увага приділяється й перцептивній складовій комунікації, яка полягає у сприйнятті одним партнером по спілкуванню іншого. У процесі цього сприйняття відбувається оцінка інтернами викладача як професіонала й особистості, його загальної й професійної культури, педагогічної майстерності [9]. У майбутній професійній діяльності інтернів невропатологів це допоможе правильно сприймати пацієнта, що є дуже важливим для вибору й реалізації стратегії його лікування. Таким чином, і перцептивна, й інтерактивна функції професійного спілкування у системі підготовки майбутніх лікарів відіграють суттєву роль.

Таким чином:

1. Рівень оволодіння мистецтвом професійного спілкування виступає однією з передумов успішної професійної діяльності лікаря, полегшує його комунікативну взаємодію з пацієнтом і може вважатися одним із критеріїв його соціальної компетентності.
2. Необхідною умовою формування й розвитку культури комунікативної компетентності інтерна-невропатолога є високий рівень цієї культури науково-педагогічного складу вищих навчальних закладів медичного профілю.
3. Для трансформації комунікативної культури інтерна-невропатолога у належну культуру його спілкування необхідним є розвинутий рівень професійної майстерності, яка потребує постійного цілеспрямованого навчання і самовдосконалення протягом всієї активної трудової діяльності у вищій школі.

### Література

1. Аминов И. И. Психология делового общения : учеб. пособие / И.И. Аминов. – 5-е изд., стер. – М. : Издательство «Омега-Л», 2009. – 340 с.
2. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку / І.Д. Бех. – К. : Академвидав, 2012. – 256 с.
3. Бороздина Г. В. Психология и этика делового общения : учебник для бакалавров / Г.В. Бороздина, Н.А. Кормнова. – М. : Издательство Юрайт, 2012. – 463 с.
4. Ващенко І. В. Конфліктологія та теорія переговорів : навч. посіб. / І.В. Ващенко, М.І. Кляп. К. : Знання, 2013. – 407 с.- (Вища освіта ХХІ століття).
5. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація: навч. посіб. / Н.П. Волкова. – К. : ВЦ «Академія», 2006. – 256 с.
6. Гавра Д. П. Основы теории коммуникации : учеб. пособие. Стандарт третьего поколения / Д.П. Гавра. – СПб. : Питер, 2011. – 288 с.
7. Галицька М.М. Складові комунікативної компетентності студентів вищих навчальних закладів / М.М. Галицька // Освітологічний дискурс. – 2015. – № 2 (10). – С. 39-48.
8. Лембрик И.С. Формирование профессиональной языковой компетентности у студентов-медиков 4 – 6-х курсов факультета подготовки иностранных граждан при изучении дисциплины «Педиатрия» / И.С. Лембрик // Буковинський медичний вісник. – Том 20, № 1 (77), 2016. – С. 254 – 257.
9. Соснова М. Л. Тренинг коммуникативного мастерства: учебно-практическое пособие / М.Л. Соснова. – М. : Академический Проект, 2010. – 265 с.

# НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ КАФЕДРИ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ДИТЯЧОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ, ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРСЬКИХ КАДРІВ

*Тучкіна І.О., Вигівська Л.А., Гузь І.А., Благовещенський Є.В.,  
Копітько С.М., Покришко С.В.*

Науково-дослідницька робота лікарів-інтернів є невід'ємною частиною навчально-методичної та науково-дослідної роботи кафедри акушерства, гінекології та дитячої гінекології ХНМУ. Протягом 2017 навчального року на базі кафедри щомісяця проводилися засідання гуртка, що охоплюють актуальні питання діагностики, лікування та профілактики акушерсько-гінекологічної патології у жінок репродуктивного віку, порушення стану репродуктивної системи жіночого організму в різні вікові періоди, в тому числі у дівчат до 18 років.

Лікарі-інтерни, які займаються науковою діяльністю, сумісно з викладачами кафедри приймають участь у наукових заходах, пов'язаних з науково-дослідною роботою кафедри. Так, молоді науковці здійснюють відбір і курацію тематичних хворих, аналізують їх історії хвороб і пологів; вивчають сучасну медичну літературу. На базі кафедри створено наукову бібліотеку, що забезпечує регулярну самостійну теоретичну та наукову підготовку лікарів-інтернів.

Викладачі кафедри щорічно керують науковими роботами лікарів-інтернів. Члени наукового гуртка щорічно приймають участь в роботі вітчизняних та зарубіжних конференцій, наукових конкурсах.

Перед кафедральним колективом була визначена низка завдань:

- розповсюдження та організаційне забезпечення науково-дослідної діяльності серед лікарів-інтернів;
- допомога молодим науковцям кафедри в пошуку сучасної наукової літератури в наукометричних базах (Scopus, Web of Science, Copernicus, РИНЦ, тощо);
- залучення лікарів-інтернів до участі у міжвузівських, регіональних та міжнародних наукових заходах.

Результат виконання цих завдань співробітниками кафедри у 2017 році виявився вельми позитивним. Інтерни, які навчаються на кафедрі, брали участь у вітчизняних і зарубіжних науково-практичних заходах, таких як:

- міжвузівська конференція молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття», 16-18 січня 2017, секція акушерство та гінекологія;
- наукове стендап шоу;
- International scientific interdisciplinary congress, May 25-26, 2017;
- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю "Мінімально-інвазивна хірургія органів малого таза", Одеса, 18-19 травня, 2017;
- 14th European congress of paediatric and adolescent gynaecology, 7-10 June 2017, Vilnius, де виступили з доповідями:
  - Menstrual disorders in adolescents with autonomic dysfunction;
  - Juvenile pregnancy and intrauterine infection;
  - Diagnosis and treatment of abnormal uterine bleeding at puberty.
    - Young Doctors of Azerbaijan, 10-11 May, 2017 Baku, Azerbaijan;
    - Entog scientific meeting, Словенія, Любляни 2.06.2017.

Таким чином, на кафедрі активно впроваджується заохочення лікарів-інтернів до науково-дослідницької роботи, що є важливою складовою загального фахового підготування майбутніх лікарів акушерів-гінекологів.

## ПРОГРАМА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ЕПІДЕМІОЛОГІВ В ІНТЕРНАТУРІ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

*Чумаченко Т.О., Семішев В.І.*

Типова навчальна програма інтернатури за спеціальністю «Епідеміологія», яка діє в теперішній час, була розроблена і ухвалена в травні 2013 р. і передбачала навчання лікарів-інтернів на заочному циклі у відокремлених структурних підрозділах Головних управлінь Державної санітарно-епідеміологічної служби та у відокремлених структурних підрозділах Державних установ «Лабораторний центр державної санітарно-епідеміологічної служби». Але вже з грудня 2013 р. розпочалася реорганізація Державної санітарно-епідеміологічної служби, яка триває й досі. До сьогодні Державна санітарно-епідеміологічна служба ліквідована, її функції передані Держпродспоживслужбі та Центру громадського здоров'я [1]. Таким чином, типова програма навчання в інтернатурі за спеціальністю «Епідеміологія» не може бути реалізована, тому що частина структур, в яких повинні навчатися майбутні лікарі зараз відсутня, діапазон напрямностей діяльності епідеміологів суттєво розширився.

**Метою роботи** було визначення напрямків підготовки в інтернатурі випускників вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Епідеміологія».

Тривале реформування медичної галузі висунуло перед вищими медичними навчальними закладами серйозні завдання підготовки кваліфікованих фахівців, які здатні виконувати свої професійні обов'язки в різних, як медичних установах, Центрах громадського здоров'я, так і в установах Держпродспоживслужби.

Зміст сучасної епідеміології суттєво розширився. Майбутньому епідеміологу потрібні знання традиційної класичної епідеміології, перевірених часом теорій епідемічного процесу. В межах програм додипломного курсу вивчення епідеміології неможливо глибоке опанування практичних навичок діяльності лікаря епідеміолога. Студенти отримують знання тільки основних понять епідеміології без глибоко вивчення закономірностей епідемічного процесу ендемічних для України інфекцій, можливостей заносу інфекцій з інших територій, епідеміології емерджентних та реемерджентних інфекцій. В умовах інтернатури ці недоліки повинні бути усунені. Для отримання теоретичних знань майбутніми епідеміологами в Харківському національному медичному університеті є всі умови. Існує самостійна кафедра, на якій працюють фахівці у галузі епідеміології, є навчальні посібники, методичні розробки практичних занять, підготовлений курс лекцій, який містить сучасні дані, які постійно оновлюються, є навчальні фільми з важливих питань епідеміології та біобезпеки. Кафедра обладнана комп'ютерною технікою та мультимедійними проекторами. Створені навчаючи та контролюючи комп'ютерні програми. У інтернів є можливість працювати в Інтернеті. Тому лікарі-інтерни мають підґрунтя для гарної теоретичної підготовки.

З урахуванням того, що частина лікарів-інтернів, які навчаються зі спеціальності «епідеміологія», працюватиме госпітальними епідеміологами, в навчальні програми повинні бути включені питання, які стосуються організації та проведення епідеміологічного нагляду за інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги (ІПМД) в медичних закладах різного профілю; проведення епідеміологічного аналізу резистентності основних збудників ІПМД до антимікробних пре-

паратів; забезпечення епідеміологічної безпеки в різноманітних закладах охорони здоров'я, в тому числі в амбулаторно-поліклінічних умовах, в хоспісах, інтернатах для людей похилого віку, при наданні медичної допомоги на дому, при наданні паліативної допомоги в різних як медичних, так і соціальних закладах. Цим питанням слід приділяти особливу увагу в умовах реформування медичної допомоги населенню.

Інший розділ, який потребує особливої уваги, є епідеміологічний нагляд за імунопрофілактикою, оцінка її безпеки та ефективності. Незважаючи на те, що зараз ці питання виключені з діяльності лабораторних центрів МОЗ України, при підготовці епідеміологів дуже важливим є надати теоретичні знання та практичні навички з проблем виконання міжнародних та національних програм імунізації, висвітлити перспективи розвитку імунопрофілактики, нові наукові досягнення у цій галузі.

В сучасних умовах глобалізації та інтеграції України у Європейський простір важливо включити в освітні програми навчання Інтернів-епідеміологів питання організації та здійснення епідеміологічного нагляду за неінфекційними хворобами, який зараз в Україні не дуже розвинений і виконується багатьма закладами, в тому числі науково-дослідними інститутами. Дуже актуальним є включення в програму підготовки епідеміологів розділу з клінічної епідеміології. Клінічна епідеміологія є методологічною основою доказовою медицини, для лікарів-епідеміологів цей розділ повинен вивчатися більш глибоко, ніж при викладанні клінічних дисциплін [2, 3]. Інтерни повинні знати принципи проведення епідеміологічних досліджень, розробки ефективних методів профілактики, діагностики, лікування на засадах доказової медицини, принципи розробки клінічних рекомендацій та стандартів діагностики, оцінки прогнозу перебігу захворювання.

Для опанування навиків науково-дослідницької діяльності інтерни виконують науково-практичну роботу, яка включає розділи з огляду наукової літератури, дані ретроспективного та поточного епідеміологічного нагляду, результати лабораторних досліджень, комплекс профілактичних та протиепідемічних заходів. Результати цієї роботи інтерни доповідають на науково-практичних конференціях. Такий від діяльності сприяє формуванню та закріпленню на практиці отриманих при навчанні в інтернатурі професійних компетенцій.

Недоліком сучасної підготовки лікарів-інтернів, які навчаються за спеціальністю «епідеміологія» є неможливість опанувати усі необхідні види діяльності в різноманітних закладах на заочному циклі інтернатури.

**Висновки.** Таким чином, програма підготовки лікарів-інтернів з епідеміології потребує перегляду, удосконалення, включення в програму нових розділів, які потребує сучасний стан розвитку суспільства, медицини та епідеміології.

### **Література**

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади - Київ, 2014.
2. Гринхальх Т. Основи доказательной медицины / Гринхальх Т. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004 – 240 с.
3. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология / Р.Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М. : Медиа Сфера, 1998. – 345 с.

## **МІСЦЕ ГЕРОНТОФАРМАКОЛОГІЇ В НАВЧАННІ**

## СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

*Шапкін В.Є.*

В сучасній Україні, як і в інших індустріально розвинених країнах спостерігається процес старіння населення. Вже наявність 8% населення віком більш ніж 65 років призводить до того, що воно вважається похилим. А в Україні таких громадян більше 20% та чисельність їх збільшується в порівнянні з іншими віковими категоріями, що пов'язано як з міграційними процесами так з успіхами сучасної медицини, що дозволяють більшості хворих з хронічною патологією дожити до старості [3]. Цей демографічний показник впливає на медичну ситуацію в країні та накладає відбиток на функціонування системи медичної допомоги. Ведення геронтологічних хворих має цілу низку особливостей, що пов'язане з фізіологічними процесами при старінні та змінами в перебігу патологічних процесів. Деякі з них властиві тільки похилим пацієнтам [1]. Досить невелика чисельність геріатрів не дозволяє охопити спеціалізованою геронтологічною допомогою усіх хворих похилого віку. Тому сімейні лікарі разом з іншими спеціалістами продовжують виконувати функцію лікарів-геріатрів. Саме цьому сімейний лікар має отримувати підготовку з геріатрії як в межах окремої дисципліни «Геріатрія» так і при вивченні певних геронтологічних особливостей в інших розділах медицини.

Одним з актуальних для сучасної геріатрії вмінь, яким повинен оволодіти сімейний лікар-інтерн є раціональне використання лікарських засобів у хворих похилого віку. Високі показники захворюваності та смертності цієї категорії громадян визначають значну потребу в медикаментозному лікуванні. В наш час вже існує новий напрям геріатрії, який об'єднав в собі клінічну фармакологію і науку о старості - геронтофармакологія, що вивчає раціональне використання лікарських засобів з урахуванням фізіологічних, ментальних, соціальних особливостей літніх пацієнтів. Нижче наведені основні положеннями медикаментозної терапії осіб похилого віку, що повинні бути опрацьовані під час практичних занять з сімейними лікарями-інтернами [2].

У геронтологічних пацієнтів відзначається зниження інтенсивності метаболічних процесів, виснаження компенсаторних механізмів, тому медикаментозна інтоксикація призводить до значно гірших результатів. Взагалі, літнім хворим притаманна висока ймовірність побічних реакцій при призначенні медикаментозних засобів. Виходячи з цього, застосовувати медикаментозні засоби у пацієнтів похилого віку слід з ретельним урахуванням показань та протипоказань.

Літні хворі часто та тривало використовують різні фармакологічні засоби. Кількість ліків, що одночасно приймаються теж може бути великою. Тому перед початком лікування нового захворювання треба ретельно з'ясувати анамнестичні дані, щодо попередніх та паралельних курсів терапії. Нові призначення повинні корелювати з ними.

Для зменшення поліпрогмазії лікарські засоби слід призначати перш за все з приводу захворювання, що на даний час обумовлює тяжкість стану хворого.

У більшості випадків все ж прийдеться призначати одночасно кілька препаратів. В цьому випадку треба ретельно проаналізувати їх сумарний несприятливий вплив.

Внаслідок поліморбідності та полісиндромності стає актуальним призначення хворим похилого віку комплексних лікарських препаратів, що складаються з компонентів з різних фармакологічних груп та мають однотипний терапевтич-

ний ефект. Внаслідок потенціювання ці засоби дозволяють зменшити дози ліків, що є складовими компонентами. Також ціна комплексних препаратів нижче ніж сумарна вартість їх компонентів окремо.

Літнім хворим в більшій кількості випадків слід застосовувати менші дози медикаментів. Вони можуть складати половину або навіть третину від загальноприйнятої. При загостренні та в деяких інших випадках ця початкова доза може підвищуватися з урахуванням індивідуальної чутливості пацієнта до препарату.

Індивідуальний підхід до лікування стає більш актуальним внаслідок уповільнення процесів всмоктування, руйнування і виділення препарату у старих. Адекватну дозу ліків пацієнтам похилого віку треба підбирати з урахуванням індивідуальної реактивності організму та можливостей його систем та окремих органів. При цьому слід призначати тільки добре відомі препарати для мінімізації небажаних ефектів.

Довгострокове призначення ліків, що пов'язане з хронізацією патологічних процесів в організмі літніх пацієнтів може призвести до звикання, резистентності, розвитку медикаментозної інтоксикації. Для запобігання цих наслідків необхідно застосовувати динамічну корекцію медикаментозного лікування, що полягає в зменшенні кількості одночасно призначених препаратів, переході на підтримуючі дози, заміні препаратів на засоби з іншим механізмом дії та таким самим кінцевим ефектом, використанні перерв в терапії, застосуванні доступних немедикаментозних методів лікування. Також ефективним засобом підвищення чутливості пацієнта до ліків є раціональний режим рухової активності.

Слід розуміти, що успішність лікування багатьма фармакологічними засобами пов'язана з супутніми коректними харчовим та водно-сольовим режимами, які теж мають свої особливості в старості. Наприклад, застосування гастроентерологічних та протидіабетичних препаратів поза лікувальної дієти абсолютно неефективне. В роботі з геронтологічними хворими лікарю слід враховувати основні принципи геродієтики та приділяти увагу кількості споживаємої рідини та добовому діурезу.

Загальний план ведення літніх пацієнтів повинен враховувати соціальні аспекти. Наявність стороннього догляду сприяє здоров'ю старої людини. А його відсутність потребує від сімейного лікаря чіткого пояснення пацієнту своїх рекомендацій [3].

Також треба звернути увагу на особливості психічного стану хворого похилого віку [1]. Враховуючи типові розлади з боку пам'яті, уваги та ін. рекомендації щодо лікування треба дати пацієнту в письмовому вигляді.

Сімейний лікар має навчити родичів літнього хворого або соціальних робітників, які його обслуговують основними принципами догляду, клінічним ознакам передозування ліків, що приймає їх підопічний. Сам хворий не завжди зможе адекватно оцінювати свій стан, тому лікарю потрібно додаткове джерело інформації про пацієнта [3].

Таким чином, навчання майбутніх фахівців з сімейної медицини принципам раціональної фармакотерапії в геріатричній практиці зможе допомогти їм у майбутньому підтримувати стан здоров'я підопічних пацієнтів похилого віку на належному рівні впродовж більш тривалого періоду.

## **Література**

1. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного лікаря: навчальний посібник. Кафедра терапії і геріатрії НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ: НМАПО, 2015. - 378 с.
2. Проццаев К.И., Ильницкий А. Н., Коновалов С. С. Избранные лекции по геріатрии / Под ред. члена-корреспондента РАМН В.Х.Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 778, (6)с.
3. Шапкін В.Є. Викладання медико-соціальних аспектів геріатрії сімейним лікарям-інтернам. Матеріали ХІ науково-методичної конференції присвяченої 210-й річниці ХНМУ: «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у ХНМУ», 23 квітня 2014. - С.89-91.

## **РОЛЬ САМООСВІТИ В НЕПЕРЕРВНОМУ НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

*Шумова Н.В., Кравчун П.Г., Борзова О.Ю., Залюбовська О.І., Кожин М.І.*

Особливість професії лікаря полягає в необхідності вчитися спеціальності все своє життя, тому правильна й адекватна організація раннього післядипломного етапу навчання може стати визначальною й у формуванні клінічного мислення, і професіоналізму, і в навичках соціальної поведінки, тобто компетентності.

В сучасному світі суспільство потребує фахівців із гнучким і оригінальним мисленням, здатних самостійно, творчо вирішувати суспільні завдання, які б постійно поповнювали та вдосконалювали професійні знання та навички шляхом самоосвіти. Неперервна освіта – це процес, спрямований на всебічний розвиток особистості, систематичне поповнення знань, пов'язаних із розвитком науково-технічного прогресу; який відбувається в суспільстві, в ході якого вдосконалюється професійна компетентність та збагачуються духовні потреби людини. Лише неперервне здатне розвивати компетентність, професіоналізм, уможливорює постійний подальший розвиток власних знань і можливостей для того, щоб забезпечити професійну спроможність. Знання – це не лише сила, але й виробничий та конкурентний фактор. Щоб залишитися працездатним та вміти вижити в умовах науково-технічного прогресу необхідно самовдосконалюватися, тобто постійно навчатися. У зв'язку з цим, від співробітників будуть вимагати більше відповідальності за якість, продуктивність, розвиток та інновації. Отже, процес самоосвіти триває протягом всього періоду і навчання, і професійної діяльності, що сприяє постійному оновленню особистісних знань відповідно до наукового та технологічного розвитку.

Пізнавальна потреба, що спонукає самоосвіту, формується в активній суспільно й особистісно значимій самостійній діяльності учнів. Необхідно, щоб пізнавальна діяльність мала підкріплення у формі позитивних емоційних переживань, спочатку від досягнутих успіхів, а надалі й від самого пізнавального процесу. Під час навчання на кафедрі внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології кожен із лікарів інтернів працює під керівництвом викладачів у кардіологічному, терапевтичному, інфарктному, алергологічному відділеннях та відділенні інтенсивної терапії по декілька місяців. В процесі роботи з пацієнтами з різноманітною патологією вони щоденно стикаються з необхідністю вирішувати питання щодо ведення хворих. Це потребує і теоретичних знань, і швидкості реакції реагування на ту чи іншу ситуацію, і психологічної підготовки.

Успішне розв'язання пізнавальних завдань, що здобуло похвалу викладача й схвалення товаришів, викликає позитивні інтелектуальні почуття. Повторювані переживання, задоволення інтелектуальною діяльністю стає стійкою потребою в знанні, що має внутрішній характер саморозвитку.

Ця потреба й виступає специфічною силою самоосвіти. Таким чином, а психологічному відношенні підготовка інтернів до самоосвіти полягає, насамперед, у формуванні у них діючої потреби в знаннях. Самоосвіта – як одна з форм пізнавальної діяльності людини виникає під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів. Зовнішній стимул повинен викликати адекватний внутрішній фактор – мотив. У мотиві виражений вплив об'єктивного миру на людину, яка не тільки відбивається в його свідомості, але народжує певне відношення. Лише те, що для самої особистості представляє необхідність, цінність, значимість, закріплюється й затверджується в мотиві. Мотив – це спонукальна причина дії, привід до дії, рушійна сила навчання. Прагнення до самоосвіти складається з основі сукупності різних мотивів, серед яких домінуючу роль, відіграє пізнавальний інтерес до певної галузі знань.

Пізнавальний інтерес є ефективним мотивом самоосвіти в силу своїх позитивних спонукальних властивостей. Він викликає певні емоційні стани, прагнення до активного пошуку знань. Сьогодні проблема пізнавального інтересу – одна з важливих і необхідних у процесі навчання. Кожний педагог знає, що від уміння розбудити інтерес до свого предмета багато в чому залежить успіх уроку, лекції, бесіди, будь-якого виховного заходу. Самоосвітня діяльність може мати різну мотивацію як соціально, так і особисто орієнтовану. І завданням викладачів є її підтримка, розвиток і напрямок на конкретну мету.

### **Література**

1. Жукевич І.П. Поняття самоосвіти студентів у контексті неперервної освіти /І.П.Жукевич // Вісник Житомирського державного університету, 2011. - Вип. 60. – С. 116-118.

2. Медведовська Т. Самоосвіта студентів вищих навчальних закладів в Україні та її роль у процесі професійної підготовки фахівців в умовах Болонського процесу / Т. Медведовська. – Слов'янськ : Вища школа, 2010. – Вып. 5. – С. 114–118.

## **КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЙНІ ТЕСТИ І ЗАДАЧІ: АЛГОРИТМ СПРИЙНЯТТЯ ТА АДАПТАЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В УМОВАХ НОВОЇ ФОРМИ ПРОДУКТИВНОГО ЗНАННЯ**

*Яценко М.І., Лупир А.В., Шушлягіна Н.О., Юрєвич Н.О.*

При вивченні оториноларингології головним завданням викладача є формування у лікаря-інтерна нової форми продуктивного знання, яка в корінь відрізняється від традиційного інформативного пізнання [1,3,4]. Особлива значимість оволодіння теоретичними та практичними навичками дисципліни заключається в послідовності сприйняття передбачуваного матеріалу, який складається із цілої низки взаємопов'язаних тематик. Кожна тема має свої особливості, певний алгоритм сприйняття[5,6] . Так, наприклад, патологія вуха та верхніх дихальних шляхів не можуть сприйматися лікарями-інтернами однаково, тому що у кожній системі потрібен свій ідвівідуалізований підхід, а його формування можливо лише при дотриманні конкретних умов [8,9]. Нажаль, у сучасних джерелах літератури з

оториноларингології не завжди досить чітко зформовані алгоритми сприйняття клінічних складових, які дозволяють створити уявлення про ЛОР-патологію. У даному питанні необхідною складовою є ті клінічні випадки, варіативність котрих буде сприяти активації клінічного мислення лікаря-інтерна [2,7,10].

На кафедрі оториноларингології розроблено та впроваджено в навчальний процес, щодо післядипломної підготовки лікарів за спеціальністю «оториноларингологія», алгоритми сприйняття дисципліни шляхом вирішення контрольних клінічних питань, ситуаційних задач і тестових опитувальників. Майбутні отоларингологи як самостійно, так і спільно з викладачем вивчають відповідну тему, вирішуючи ситуаційні та тестові завдання. У кожному конкретному випадку задаються характерні умови, що відповідають реальній клінічній ситуації, що виникає на оториноларингологічному прийомі. Лікар-інтерн визначає тактику, оцінює ситуацію, є безпосереднім її координатором, «дивлячись» на віртуального хворого очима оториноларинголога, встановлює попередній діагноз, визначає план обстеження та лікування, пояснює хід послідовних дій в діагностиці та проведенні лікувальних заходів, обґрунтовує необхідність додаткових методів обстеження, визначає прогноз захворювання і формулює рекомендації хворому. У якості прикладів на початку програмного курсу наводиться низка ситуаційних задач і можливі відповіді на них. Умови кожної задачі подані у вигляді клінічного статусу оториноларингологічного хворого із відомостями про супутню патологію, а інколи ускладнення. Надані додаткові методи обстеження: рентгенологічні (рентгенографія відповідних областей нагляду, комп'ютерна томографія, СКТ), МРТ; функціональні (аудиометрія, імпедансометрія, вестибулометрія, риноманометрія, ольфактометрія та ін.). Обов'язковою умовою при оцінюванні клінічного випадка є послідовність дій. На першому етапі проводиться виділення конкретних характеристик для кожного клінічного випадка. На другому етапі лікар-інтерн аргументує послідовність комплексного оториноларингологічного обстеження та лікування хворого. І нарешті, на третьому етапі здійснюється логічне обґрунтування обраних методів лікування у тому порядку який обумовлено індивідуальними особливостями хворого. Таким чином, детальне ознайомлення з задачами та відповідями на них дозволяє виробити алгоритм сприйняття учнями при вирішенні ситуаційних задач на екзамені, а також при тренуванні у комплексному підході до аналізу конкретної клінічної ситуації.

Колективом авторів кафедри оториноларингології ХНМУ надана основна база ситуаційних задач, що складається із 213 клінічних випадків, 100 тестових запитань та відповідей з дисципліни «оториноларингологія», які відповідають шифру спеціальності 14.01.19. Запропонована система оригінальна тим, що вона наближує лікарів-інтернів до основ клінічного мислення та розвиває алгоритм сприйняття та адаптації лікаря-інтерна в умовах нових форм продуктивного знання. Принципово важливим у такій системі навчання, є поступово введений та засвоєний поетапно процес сприйняття інформації, по мірі ускладнення клінічних випадків, що розглядаються у ситуаційних задачах. Тому основною схемою побудови задач був принцип, згідно якому формується мислення лікаря-інтерна «від простого до складного». У більшості питань пропонується надати не просто позитивну чи негативну відповідь, а поетапно зформувані тактику діагностичних заходів, які застосовуються у сучасній оториноларингології. Задачі, що надані, складено відповідно до розділів: патологія вуха, глотки, гортані, носа. Досить ве-

ликий розділ ситуаційних задач присвячений невідкладним станам в оториноларингології, і містить в собі травми ЛОР органів, сторонні тіла, носові кровотечі, стенози гортані, отогенні і риногенні ускладнення. Створена програма контрольних клінічних питань, ситуаційних задач та тестових опитувальників відповідає всім розділам змісту навчальної дисципліни та вимогам до «Типових ситуаційних задач» зі спеціальності «оториноларингологія», рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством освіти і науки України. Особливу увагу ми приділили найбільш важливим питанням дисципліни, таким як внутрішньочерепні отогенні та риногенні ускладнення, внутрішньоорбітальні риногенні ускладнення, отоневрологія. У завершення поставлених задач надано відповіді, які дозволяють у повній мірі вирішити ту чи іншу клінічну ситуацію. Разом із задачами вони складають комплекс навчальних засобів, що придатні для формування алгоритму сприйняття та адаптації лікарів-інтернів в умовах нової форми продуктивного знання, а також для повторення та закріплення пройденого навчального матеріалу.

### Література

1. Гончаров С. М., Гурін В. А. Методи та технології навчання в кредитно-трансферній системі організації навчального процесу: Навчально-методичний посібник. – Рівне: НУВГП, 2010. – 451 с.
2. Інтерактивні технології навчання в кредитно-модульній системі організації навчального процесу. – Рівне: НУВГП, 2006. – 172 с.
3. Кухникова Т. К. Высшее образование Украины в современном глобальном мире / Т. К. Кухникова, С. Е. Моторная // Вісник СевДТУ. – Вип.90: Педагогіка: зб. наук. пр. – Севастополь : Вид-во СевНТУ, 2008. – С. 15–20.
4. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>.
5. Науково-методичні засади професійної підготовки кваліфікованих робітників в умовах євроінтеграції / автори: Л. Нестерова, П. Лузан, В. Манько, Т. Герлянд, О. Слатвінська, М. Шимановський; за заг. ред. Л. Нестерової. – К.: ІІТО НАПН України, Педагогічна думка, 2012. – 160 с.
6. Основні напрями реформування вітчизняної педагогічної освіти // Наука і вища освіта в Україні: міра взаємодії. К., 2008. – с. 19 – 20.
7. Осадченко І. І. Різномірнева ефективність застосування ситуаційної методики навчання у ВНЗ / І. І. Осадченко // Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденції розвитку. – 2010. – №1. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://intellect-invest.org.ua/ukr/pedagog\\_editions\\_e-magazine\\_pedagogical\\_science\\_vypuski\\_n1\\_2010\\_st\\_14/](http://intellect-invest.org.ua/ukr/pedagog_editions_e-magazine_pedagogical_science_vypuski_n1_2010_st_14/)
8. Полонський В. Г. Українській освіті – європейський стандарт: входження України у світовий освітній простір / В. Г. Полянський // Актуальні проблеми економіки: наук.- екон. журнал. – 2007. – № 5 (71). – С. 76–81.
9. Січкаренко Г. Г. Трансформації вищої освіти в незалежній Україні : моногр. / Г. Г. Січкаренко. – К.: Вид. центр КНЛУ, 2009. – 362 с.
10. Ягупов В. В. Педагогіка: Навч. посібник. – К.: Либідь, 2002. – 560 с.

## ЗМІСТ

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

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ...3**

*Бабак О.Я., Молодан В.І., Голенко Т.М.*

**ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ  
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ» .....12**

*Бабак О.Я., Молодан В.І., Більченко А.О.*

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АКТУАЛЬНІСТЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ  
РОБОТИ АСПІРАНТІВ .....14**

*Бабак О.Я., Лапшина К.А.*

**ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ  
ТА РОЛЬ В НЬОМУ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ .....15**

*Бобро Л.М.*

**ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ЗАГАЛЬНОЇ  
ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТЕМИ «ОСТЕОПОРОЗ» .....17**

*Бойко В.В., В'юн В.В., Шевченко О.М., Макаров В.В.,*

*Гончаренко Л.Й., Доценко Д.Г., Мінухін Д.В.*

**ПРИНЦИПИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ  
В ІНТЕРНАТУРІ.....18**

*В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В., Домніна І.М.*

**РОБОТА СЕКТОРУ СПРИЯННЯ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЮ  
ВИПУСКНИКІВ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ .....20**

*Вовк Т.Г., Кузнєцов С.В., Татаркіна А.М., Жаркова Т.С.*

**ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ  
ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ .....22**

*Волкова Ю.В., Кудінова О.В., Науменко В.О.*

**ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД НАЯВНИХ ПРОБЛЕМ, ЩО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ У  
ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ  
«АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ» НА КАФЕДРІ МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ  
СТАНІВ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХНМУ .....25**

*Волкова Ю.В. Кудінова О.В. Науменко В.О.*

**СХЕМА ПРИЙНЯТТЯ ДИНАМІЧНИХ РІШЕНЬ ВИХОДУ  
З КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ, ЩО ПОВСЯКДЕННО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ В  
ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА .....27**

*В'юн В.В., Гончарь М.О., Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г.,*

<i>Логвінова О.Л., Муратов Г.Р., І.Ю.Кондратова</i> <b>ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЬЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» З РОЗДІЛУ «ПЕДІАТРІЯ» НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ №1 ТА НЕНАТОЛОГІЇ</b> .....	29
<i>Гуйда П.П.</i> <b>ГОСТРІ РАДІАЦІЙНІ УРАЖЕННЯ</b> .....	31
<i>Гуйда П.П.</i> <b>ОКРЕМІ ФОРМИ ГОСТРИХ РАДІАЦІЙНИХ УРАЖЕНЬ</b> .....	35
<i>Гуйда П.П.</i> <b>ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ</b> .....	37
<i>Дацук А.М., Чернікова Л.І.</i> <b>ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ»</b> .....	39
<i>Дмуховська Т.М., Рябокони А.І., Біличенко Н.П., Сидоренко М.О.</i> <b>ПРО УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАХОДІВ ЗА УМОВАМИ ПРАЦІ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦЮЮЧОМУ НАСЕЛЕННЮ</b> .....	41
<i>Журавльова Л.В., Лахно О.В., Цівенко О.І.</i> <b>ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА, В Т.Ч. ЕНДОКРИНОЛОГІЯ» ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС- ТЕХНОЛОГІЙ</b> .....	43
<i>Завгородній І.В., Сидоренко М.О., Дмуховська Т.М.</i> <b>ВПЛИВ ХАРЧОВОГО ЧИННИКА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я</b> .....	45
<i>Зайченко О.Є., Панченко Г.Ю., Кліменко Н.М., Зайченко Л.О.</i> <b>ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЛІКАРІЯМ-ІНТЕРНАМ</b> .....	47
<i>Залюбовська О.І., Зленко В.В., Тютка Т.І., Авідзба Ю.Н., Литвиненко М.І.</i> <b>СУЧАСНИЙ ПІДХОД ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ»</b> .....	51
<i>Кожина Г.М., Самардакова Г.О, Стрельнікова І.М., Гайчук Л.М.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПСИХІАТРІЇ, НАРКОЛОГІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ</b> .....	52
<i>Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В.</i> <b>ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЖОВТЯНИЦЬ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ</b> .....	54

*Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є.,*

*Меркулова Н.Ф., Могиленець О.І.*

**ПОЗАПЕЧІНКОВІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОЇ НСВ-ІНФЕКЦІЇ:  
МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА.....57**

*Кравчун П.Г., Добровольська І.М., Шелест О.М., Риндіна Н.Г., Ковальова Ю.О.*

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ  
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №2, КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ ТА  
АЛЕРГОЛОГІЇ ІМ. АКАД. Л.Т.МАЛОЇ, ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА  
ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ТЕРАПЕВТІВ .....59**

*Криворучко І.А., Тесленко С.М., Гончарова Н.М., Прокопенко К.А.*

**ОСНОВИ ПІДГОТОВКИ СУЧАСНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ХІРУРГІЯ».....61**

*Кузнєцов С.В., Жаркова Т.С., Кучеренко О.О., Вовк Т.Г.*

**ПРИНЦИПИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ІНТЕРНІВ  
НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ .....63**

*Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Саратов В.Н., Губар С.О., Казанов В.Я.*

**НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-ПЕДІАТРІВ РАЦІОНАЛЬНОМУ  
ХАРЧУВАННЮ ДІТЕЙ ВІКОМ 1-18 РОКІВ.....63**

*Малик Н.В.*

**ВИКЛАДАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЕДЕННЯ  
ПАЦІЄНТІВ ДОВГОТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ  
СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ .....66**

*Марковський В.Д., Сорокіна І.В., Наумова О.В., Борзенкова І.В.*

**ПРИНЦИПИ ФОРМУЛЮВАННЯ ЗАКЛЮЧНОГО КОМБІНОВАНОГО  
ДІАГНОЗУ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ .....68**

*Пащенко Ю.В., В'юн В.В., Давиденко В.Б.*

**ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СУЧАСНІЙ ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ  
ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПІДГОТОВКУ ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ .....70**

*Сидоренко М.О., Завгородній І.В., Сокол К.М.*

**ВНЕСОК ВЧЕНИХ-ГІГІЄНІСТІВ В ІСТОРІЮ  
КАФЕДРИ КОМУНАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ .....70**

*Стоян О.Ю., Денисова О.Г.*

**АКМЕОЛОГІЯ ЯК ОСНОВА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО  
ФОРМУВАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ  
«СТОМАТОЛОГІЯ» .....73**

*Товажнянська О.Л., Некрасова Н.О., Каук О.І., Марковська О.В.*

**КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ІНТЕРНІВ-НЕВРОПАТОЛОГІВ  
У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ.....75**

*Тучкіна І.О., Вигівська Л.А., Гузь І.А., Благовещенський Є.В., Копітько С.М.,  
Покришко С.В.*

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ КАФЕДРИ  
АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ДИТЯЧОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ,  
ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРСЬКИХ КАДРІВ..... 77**

*Чумаченко Т.О., Семішев В.І.*

**ПРОГРАМА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ЕПІДЕМІОЛОГІВ  
В ІНТЕРНАТУРІ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ..... 78**

*Шапкін В.Є.*

**МІСЦЕ ГЕРОНТОФАРМАКОЛОГІЇ В НАВЧАННІ  
СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ..... 80**

*Шумова Н.В., Кравчун П.Г., Борзова О.Ю., Залюбовська О.І., Кожин М.І.*

**РОЛЬ САМООСВІТИ В НЕПЕРЕРВНОМУ  
НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ..... 82**

*Яценко М.І., Лупир А.В., Шушляпіна Н.О., Юревич Н.О.*

**КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЙНІ ТЕСТИ І ЗАДАЧІ: АЛГОРИТМ ПРИЙНЯТТЯ  
ТА АДАПТАЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В УМОВАХ НОВОЇ ФОРМИ  
ПРОДУКТИВНОГО ЗНАННЯ ..... 83**

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

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

Матеріали 44-ї науково-методичної конференції з інтернатури

Відповідальний за випуск В'юн В.В.

Формат 60×84/16. Ризографія. Ум. друк. арк.3,2.  
Тираж 100 прим. Зам. № 18-33593

---

Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.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.