

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

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

**МАТЕРІАЛИ 43-Ї НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ 50-РІЧЧЮ ЗАПОЧАТКУВАННЯ ІНТЕРНАТУРИ
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

11 квітня 2017 року
м. Харків

Харків
ХНМУ
2017

Затверджено
на засіданні Вченої ради
Харківського національного медичного університету
23 березня 2017 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 43-ї науково-методичної конференції, присвяченої 50-річчю започаткування інтернатури в Харківському національному медичному університеті / кол. Авт. – Харків: ХНМУ, 2017. – 100 с.

ПРО СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ 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.

Перші спогади про Інститут післядипломної освіти на Харківщині відносяться до ХІХ сторіччя. Так у 1840 р. створено спеціальний інститут підвищення кваліфікації випускників медичного факультету Імператорського Харківського університету. У подальшому в літературі згадується 1896 р. – офтальмологічний гурток Л.Л. Гіршмана. Цю ідею підтримав і продовжив завідувач Харківської бактеріологічної станції, викладач кафедри патологічної анатомії В.К. Високович. При медичному факультеті кафедри мікробіології ще не було і станція організувала курси бактеріологів. Навчальна робота проводилася не тільки на цих спеціальних курсах, але і на робочих місцях лікарів і навіть для студентів. Початок ХХ століття – харківський період роботи відомого патолога Н.Ф.Мельнікова-Разведенкова.

Після революції відомий гігієніст А.Н.Марзеев організував 6 місячні курси підготовки санітарних лікарів (1922) на базі Санітарно-бактеріологічного інституту ім. І.І. Мечникова. У 1923-1924 курси проведені вдруге. В Харківському медичному інституті А.Н. Марзеев в 1933 р. створив кафедру комунальної гігієни. Подібні курси з інфекційних хвороб для сільських дільничних лікарів організував в 1924 р. І.Р. Брауде.

Медичний університет був одним із перших ВНЗ України, в якому за дорученням МОЗ СРСР розпочали експеримент із підготовки лікарів-інтернів. Навчання лікарів-інтернів на цьому етапі проводилося на базах практичної охорони здоров'я. Керувала підготовкою інтернів протягом десяти років від початку її організації академік Л.Т. Малая.

У подальшому організаційно-методичну роботу в інтернатурі очолював професор Ю.В. Одинець, з 2001 року як проректор з навчально-лікувальної роботи.

У цей час роботою відділу інтернатури керувала Н.М. Вашкене. В 1996 році створено деканат післядипломної освіти, роботу якого очолювали професор А.Я. Малоштан (1996-2001рр) та доцент Л.Г. Тельнова (2003 - 2006 рр).

У лютому 2006 року створено факультет післядипломної освіти, деканом якого обрано доцента В.В. В'юна. У січні 2011 року факультет післядипломної освіти був реорганізований у Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ, в структурі якого проводять свою роботу кафедри, підрозділи за напрямками роботи (інтернатура, підвищення кваліфікації, спеціалізація та перепідготовка лікарів, підготовка бакалаврів та магістрів) та сектор сприяння працевлаштуванню випускників, директором якого обрано та призначено В.В. В'юна.

У різні роки в післядипломній освіті ХНМУ працювали та працюють видатні вчені: академік, Герой Соціалістичної Праці та Герой України професор Л.Т. Малая; академік НАН України, доктор медичних наук, професор В.І. Грищенко; академік АН України, заслужений діяч науки України, доктор медичних наук, професор В.І. Шаповал; член-кореспондент НАМН України, академік АН вищої школи України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор В.І. Лупальцов, завідувач кафедрою хірургії №3; академік Національної Академії медичних наук України, Заслужений лікар України, Заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор Олександр Миколайович Біловол.

За весь період проведення навчання в інтернатурі в ХНМУ сертифікат спеціаліста отримали біля 20 тисяч інтернів.

Підготовка лікарів-інтернів в ХНМУ в 2016/2017 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 27 спеціальностями: акушерство та гінекологія, анестезіологія та інтенсивна терапія, внутрішні хвороби, дитяча хірургія, дитяча анестезіологія, епідеміологія, загальна гігієна, загальна практика-сімейна медицина, інфекційні хвороби, медицина невідкладних станів, неврологія, дерматовенерологія, ортопедія та травматологія, отоларингологія, офтальмологія, патологічна анатомія, психіатрія, педіатрія, радіологія, стоматологія, судово-медична експертиза, урологія, хірургія, неонатологія, нейрохірургія, лабораторна діагностика, пульмонологія та фтизіатрія.

До роботи з лікарями-інтернами у 2016-2017 н.р. залучено 148 НПП: професорів - 47, доцентів - 72, асистентів – 29.

На 01.01.2016 р. загальна кількість лікарів-інтернів склала 547 особи, з них за державним замовленням – 197 осіб, за контрактом – 350 особи.

Закінчили навчання та отримали сертифікат спеціаліста 251 особи, з них за державним замовленням – 106 особи, за контрактом – 145 осіб.

Прийом на 1-й рік навчання склав 273 особи (бюджет – 100, контракт – 173)

Протягом 2016 року було поновлено або переведено з інших вузів 13 лікарів-інтернів (за бюджетом – 8 осіб, за контрактом – 5 осіб).

Відраховано, переведено або подовжено навчання у зв'язку з народженням дитини – 33 лікарів-інтерна (бюджет – 23 особи, контракт – 10 осіб).

Таким чином, на 31.12.2016 р. при Навчально-науковому інституті післядипломної освіти ХНМУ проходять первинну спеціалізацію 549 особи, з них за державним замовленням – 176 осіб, за контрактом – 373 особи.

Слід зауважити, що у цьому навчальному році Навчально-науковим інститутом післядипломної освіти ХНМУ набрано 173 інтернів-контрактників при плані набору на 2016 рік 140 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 від-

повідальність 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 2016 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 02.02.2016 року за №2 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 2015/16 н.р., підсумки рейтингової атестації лікарів-інтернів у першому півріччі.

На засіданні Вченої ради ННПО від 02.05.2016 року за №5 були заслухані підсумки рейтингової атестації лікарів-інтернів та успішності студентів на кафедрах ННПО у другому півріччі 2015/16 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.

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

На кафедрах, 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 ЛІ «Крок-3» тестове навчання інтернів забезпечується контролюючо-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 ЛІ «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 ЛПІ «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 ЛПІ «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 ЛПІ «Крок-3. ЗЛП» та «Крок-3. Стоматологія». Кафедри подають інформацію до ННПО про хід підготовки інтернів до ЛПІ «Крок-3», що дає змогу регулярно контролювати роботу кафедр з цього розділу роботи.

Виконання ННПО заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до ЛПІ «Крок-3» сприяло покращенню результатів складання інтернами ЛПІ «Крок-3. ЗЛП» в 2016 р.

15 лютого 2017 року було проведено контрольне пілотне тестування, в якому прийняло участь 137 лікарів-інтернів із 147 зареєстрованих. Не з'явилося на пілотне тестування 10 осіб, з них 3 лікарів-інтерна відраховані.

Проведений аналіз показав, що середні кафедральні результати коливаються у межах від 100% (кафедри: неврології №2; внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології) до 24,5% (кафедра педіатрії №2). Група “ризик” (інтерни, які відповіли правильно менш ніж на 70,5%) склала 19 інтернів.

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

Для подальшої підготовки до ЛПІ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», який відбудеться 28.03.2017 року, наказом Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА інтерни відкликаються із заочних баз стажування з 20.03.2017 р. до 28.03.2017 р. на кафедри ХНМУ для підготовки до іспиту.

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

22 березня 2016 р. лікарі-інтерни склали ЛПІ “Крок 3. Загальна лікарська підготовка”, 08 листопада 2016 р. – “Крок 3. Стоматологія”.

Лікарі-інтерни ХНМУ правильно відповіли на 80,5% при минулорічному показнику 77% (+3,5%).

Аналізуючи результати складання ЛПІ “Крок 3. Загальна лікарська підготовка” за субтестами звертає на себе увагу те, що підвищились середні показники з

розділу “Інфекційний профіль” (+14,4%), “Хірургічний профіль” (+6,9%), “Невідкладні стани” (+5%). У тестуванні брали участь інтерни 23 спеціальностей.

Середні результати груп інтернів різних спеціальностей інтернатури коливаються у межах 48% – 88,5% (діапазон становить 40,5%). Найкращі результати продемонстрували інтерни зі спеціальності “Дерматовенерологія” (88,5%, 2 інтерна) та “Дитяча хірургія” (86,8%, 3 інтерна).

Найнижчі результати показали інтерни таких спеціальностей: “Загальна гігієна” (48%, 1 інтерн) та “Інфекційні хвороби” (69,3%, 5 інтернів).

Із 172 лікарів-інтернів, які склали “Крок 3. Загальна лікарська підготовка” в березні 2016 року не витримали іспит 14 інтернів (8,1%), в 2015 – 13 інтернів (6,9%).

За останні 3 роки не склали “Крок 3. Загальна лікарська підготовка” 41 лікар-інтерн, з них за роками: 2014 – 14, 2015 – 13, 2016 – 14.

Семеро лікарів-інтернів пересклали ЛШ “Крок 3. Всі інтерни-стоматологи склали іспит позитивно, крім однієї – Курбанова Ф.А.

08.11.2016 р. Центром тестування при МОЗ України було проведено ЛШ “Крок 3. Стоматологія”. Іспит проводився у інтернів 2-го року навчання. Всі інтерни-стоматологи склали іспит позитивно, крім 9 (8,1%).

Показники складання ліцензійного іспиту: інтерни-стоматологи правильно відповіли на 81,3% при минулорічному показнику 80,6% (+0,7).

Із 111 лікарів-інтернів стоматологів при складанні ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» 8 листопада 2016 року відповіли від 100 до 90 відсотків 5 лікарів-інтернів (4,5%); 89-80 – 73 (65,8%); 79-70,5 – 24 (21,6%); 70 та нижче – 9 (8,1%).

Атестація для визначення знань та практичних навичок лікарів-інтернів у січні 2017 року проходила за 8 спеціальностями згідно з розкладом, затвердженим ректором університету з середнім балом: “Дерматовенерологія” (2 інтерна) – 5,0; «Неврологія» (2 інтерна)- 5,0; «Психіатрія» (2 інтерна)- 4,5; «Радіологія» (6 інтернів)- 4,4; «Судово-медична експертиза» (9 інтернів)- 3,8; «Медицина невідкладних станів» (8 інтернів)- 4,0; «Інфекційні хвороби» (6 інтернів)- 4,5.

Середній бал заключної атестації випускників-інтернів у січні 2017 року склав 4,48, проти 4,3 у січні 2016 року.

Завершувальна атестація лікарів-інтернів у червні 2016 р. проходила за 17 спеціальностями з середнім балом: «Акушерство та гінекологія» (14 інтернів)- 4,1; «Анестезіологія та інтенсивна терапія» (11 інтернів)- 4,27; «Внутрішні хвороби» (29 інтернів)- 4,32; «Дитяча хірургія» (5 інтернів)- 3,8; «Загальна гігієна» (8 інтернів)- 4,5; «Загальна практика-сімейна медицина» (16 інтернів)- 4,0; «Епідеміологія» (1 інтерн)- 5,0; “Лабораторна діагностика” (10 інтернів) – 4,4; “Неонатологія” – (1 інтерн)- 5,0; «Ортопедія і травматологія» (2 інтерна)- 5,0; «Отоларингологія» (3 інтерна)- 4,3; «Офтальмологія» (6 інтернів)- 5,0; «Патологічна анатомія» (7 інтернів)- 4,7; «Педіатрія» (21 інтерн)- 4,5; «Стоматологія» (91 інтерн)- 3,7; “Урологія” (1 інтерн) – 5,0; «Хірургія» (11 інтернів)-4,18; Всього 272 особи.

За індивідуальним графіком протягом восени 2016 року склали державну атестацію та закінчили навчання 7 лікарів-інтернів (за бюджетом – 3 особи; за контрактом – 4 особи).

Після перескладання «Крок 3 Загальна лікарська підготовка» 08.11.2016 року з відрахованих у червні 2016 року лікарів-інтернів були допущені та склали

державну атестацію 7 осіб (за державним замовленням - 4 особи, за контрактом – 3 особи).

У 2016 р. завершили первинну спеціалізацію в інтернатурі 226 лікарів-інтернів із 1-, 2- та 3-річним терміном навчання за 15 спеціальностями та 25 лікарів з 1,5-річним терміном підготовки за 6 спеціальностями. Таким чином, у минулому навчальному році в межах надання первинної післядипломної спеціалізації підготовлено 251 лікар за різними спеціальностями. Найбільша кількість інтернів підготовлена за такими фахами: "Стоматологія" (78), "Внутрішні хвороби" (12), "Акушерство і гінекологія" (12), "Педіатрія" (14), "Загальна практика-сімейна медицина" (39), «Лабораторна діагностика» (29), «Анестезіологія та інтесивна терапія» (15).

28 лютого 2017 року закінчили навчання, склали державну атестацію та одержали сертифікат лікаря-спеціаліста 17 лікарів-інтернів, навчання за контрактом, за спеціальністю «Лабораторна діагностика». Середній бал атестації – 5,0

Але 11 лікарів-інтернів 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 ННІПО ХНМУ з наступною співбесідою з членами Державної комісії з заключної атестації.

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

У січні 2016 р. атестація на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання лікаря проводилась із 6 спеціальностей згідно розкладу, затвердженого ректором університету. Середній бал з неврології – 4,0; пульмонології та

фтизіатрії – 4,0; радіології – 4,6; судово-медичної експертизи – 3,5; медицини невідкладних станів – 4,3; інфекційних хвороб – 4,5.

Середній бал заключної атестації випускників-інтернів у січні 2016 року склав 4,3, проти 4,2 у січні 2015 року.

Не допущено до заключної державної атестації лікар-інтерн Аврахова І.В., як така, яка виконала навчальний план та програму інтернатури за спеціальністю «Інфекційні хвороби» але не склала «Крок 3 Загальна лікарська підготовка».

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.

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.

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.

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 новоствореному інформаційно-консультаційному центром Харківського обласного центру зайнятості з актуальних питань зайнятості молоді.

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ проводить моніторинг випускників ХНМУ, які не приступили до проходження інтернатури за місцем направлення на роботу

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 ННПО 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 напрямками і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів» Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ проводить роботу з надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам ХНМУ, які навчалися за державним замовленням.

У 2014 році одноразову адресну грошову допомогу отримали 47 лікарів:

- Харківська обл. – 39 лікарів;
- Волинська обл. – 1 лікар;
- Миколаївська обл. – 1 лікар;
- Кіровоградська обл. – 1 лікар;
- Сумська обл. – 2 лікаря;
- Житомирська обл. – 3 лікаря.

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.

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

ДОКТОРАНТУРА ФІЛОСОФІЇ: НОВА КОНЦЕПЦІЯ НАВЧАННЯ АСПІРАНТА

Бабак О.Я., Лапишина К.А., Башкірова А.Д.

Аспірантура – вихід фахівця на вищий рівень спеціалізованого навчання незалежно від віку. Плануючи у своєму понятті наукову роботу, навчання в аспірантурі є метою багатьох дослідників, результатом якого має стати написання й захист дисертації, набуття навичок наукового мислення. До сьогодні ця форма навчання була самотійною, що значно ускладнювало наукову діяльність аспірантів. Пошук відповідей на такі питання, як правильна побудова дизайну дослідження, вибір методу статистичної обробки матеріалу, обробка первинної документації та ін., включає труднощі наукових дослідників. Після впровадження в систему навчання європейської концепції підготовки наукових фахівців і професорсько-викладацького складу університетів навчання в аспірантурі припинило бути самотійним. Для докторантів філософії збільшилися терміни навчання за рахунок формування науково-освітньої програми, що дозволяє за один рік аспірантури оволодіти основними науковими принципами побудови дисертаційної роботи, основними моментами медичної статистики та методами відбору хворих для рандомізації дослідження. Науково-освітня програма охоплює всі напрямки наукової діяльності університету, за якими відбувається підготовка фахівців відповідного рівня. Під час розробки планів підготовки науково-педагогічних кадрів беруться до уваги потреби кафедр з урахуванням перспективного працевлаштування на посаду асистента кафедри.

Першим й основним етапом навчання в аспірантурі стає планування наукової роботи, яка є логічним завершенням аспірантської діяльності. Правильно обрана й коректна тема дисертаційного дослідження дозволяє скласти більш чітке уявлення про подальші кроки дослідження. За аспірантом закріплюється науковий керівник на 4 роки навчання. Під його керівництвом здобувач повинен скласти індивідуальний план своєї роботи й протягом усього навчання дотримуватись його. У ньому визначено наукову спеціалізацію, освітня діяльність, позначки про складання заліків у рамках науково-освітньої програми.

Роботу над дисертацією слід починати з усебічного аналізу й обробки наукової літератури з досліджуваної теми. Дисертаційна робота, як правило, стає частиною дослідницької роботи, яка виконується на кафедрі навчального закладу або науково-дослідними установами та затверджується вченими радами. Основною

функцією наукового керівника є не тільки допомога у виборі й формулюванні теми дослідження та побудова робочого плану, а й регулярні консультації, у ході яких докторант філософії отримує рекомендації щодо спеціалізованої літератури та інших джерел матеріалу з обраної теми. Після визначення того, який обсяг роботи належить виконати аспіранту, останній вивчає літературу з обраної теми, проводить низку експериментальних і клінічних досліджень, отримує й систематизує дані, порівнює одержані результати з уже відомими в науці й робить певні висновки.

Ведення роботи відповідно до індивідуального плану передбачає захист дисертаційної роботи, а також отримання заліку з предметів науково-освітньої програми. Проходження науково-освітньої програми робить докторанта філософії всебічно розвиненим, що дозволяє відповідати вимогам відповідного освітнього рівня. Отримання знань з таких предметів, як біоетика, філософія, іноземна мова, медична статистика, інноваційна педагогіка, основи клінічних та наукових досліджень дозволяють аспіранту стати повноцінним науковцем і викладачем.

Завершальним етапом навчання в аспірантурі є захист дисертації. Після статистичної обробки матеріалу, його інтерпретації й відповідного оформлення дисертація подається на попередню експертизу на ту кафедру, на якій вона виконувалася або до якої був прикріплений аспірант. Рішення кафедри - перша й дуже важлива експертиза дисертаційної роботи на предмет відповідності вимогам. Головним етапом успішного навчання в аспірантурі вважається попередній захист дисертаційної роботи - це процес подачі готової дисертаційної роботи на розширеному засіданні кафедри, на якій навчається аспірант. На попередній захист запрошуються представники інших кафедр, навчальних закладів і дослідницьких установ. Після попереднього захисту, виправивши зауваження й недоліки, дисертаційна робота може бути подана на розгляд до спеціалізованої вченої ради.

Тісний узаємозв'язок між клінічною базою й кафедрою підвищує ефективність навчання в аспірантурі. Кумуляція роботи наукових дослідників і лікарів практичної охорони здоров'я дозволяє використовувати сучасні діагностичні та лікувальні методики під час проведення дослідження. Це, своєю чергою дозволяє повноцінно зануритися в наукове середовище й сформулювати наукове мислення.

На кафедрі внутрішньої медицини №1 з 2005 року проходили навчання 8 аспірантів, які успішно виконали й захистили свої дисертаційні роботи. Більшість з них працює асистентами кафедри, за якою були закріплені. Сьогодні в аспірантурі на кафедрі навчаються Зайцева М.М., Тельнова С.М., Лапшина К.А., Башкірова А.Д. Докторантура філософії - шанс на отримання якісного професійного та особистісного зростання. Можливість одержати досвід аналітичної роботи, подати статті в наукові видання, виступати з доповідями на наукових конференціях і симпозиумах сприяє кар'єрному росту й вірогідності здобути належну кваліфікацію в медицині.

Література

1. Підготовка і захист дисертації на здобуття наукового ступеня у галузі технічних наук: Інформ.-навч. посіб. / Автори-упорядники: д-р техн. наук, проф. В. С. Моркун, канд. техн. наук В. В. Тронь. – Кривий Ріг: КНУ, 2013. – 117 с.
2. Кому і навіщо потрібна аспірантура? / <http://megasite.in.ua/35219-komu-i-navishho-potribna-aspirantura.html>

3. Дисертація і вчений ступінь. Посібник для пошукачів /Райзберг Б.А. — 3 — є видавництво, доп. — М.: Инфра-м, 2003. — 411 с.
4. Полное описание процесса обучения аспиранта / <http://www.mesi.ru/education/graduate/students/graduate/>
5. Постанова кабінету міністрів України “Про затвердження Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у вищих навчальних закладах (наукових установах)” № 261 — редакція від 23.03.2016

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АКТУАЛЬНІСТЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1

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

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

Зміст та мета наукової роботи включає в себе навчально-методичні і науково-практичні конференції для лікарів-інтернів і їх керівників на базах стажування, залучення лікарів-інтернів або провізорів-інтернів до активної участі в клінічних, патолого-анатомічних та науково-практичних конференціях. Управління процесом НД включає організацію педагогічного процесу, спрямованого на вдосконалення самостійної активної роботи лікарів-інтернів, вміння самостійного вирішення науково – дослідницьких завдань. Усе це дозволяє формувати конкурентоспроможного, підготовленого до професійної та наукової діяльності лікаря.

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

1. Для отримання і засвоєння теоретичних знань за обраною спеціальністю регулярно проводяться науково-практичні конференції, у підготовці яких провідна роль відводиться НДР ЛІ. На кожну доповідь призначається відповідальний виконавець. У його завдання входить підготовка презентації, в якій повинні бути відображені етіологічні фактори, що призводять до певного захворювання, патогенез захворювання, диференційна діагностика, сучасні (загальноприйняті) класифікації, клінічні симптоми, об'єктивні методи діагностики та лікування, клінічний випадок певного захворювання. Усі слухачі можуть брати участь в обговоренні питань з професійної точки зору, з адекватним розумінням, проводити розбір клінічних прикладів і вирішувати ситуаційні задачі.

2. 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.

3. Клініко-патологоанатомічні конференції. Регулярне проведення даного типу конференцій дозволяє ретельно обробляти та аналізувати певні клінічні випадки та вдосконалювати теоретичні та практичні навички лікарів-інтернів. На кожну доповідь призначається виконавець. У його завдання входить підготовка презентації, у якій буде відображена певна частина перебігу даного захворювання, що 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 лікаря-інтерна як спеціаліста.

Висновки: Таким чином, основною метою і підсумком науково-дослідної роботи лікарів-інтернів 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 викладачу, який повинен працювати не тільки 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 лікарів-інтернів, що становить цілісну педагогічну систему, яка враховує індивідуальні здібності лікаря-інтерна.

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.
2. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие/ В.И. Петров, С.В. Недогада. - М : ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 127 с.
3. Александров М.А. Использование доказательной медицины и экономического анализа при разработке протоколов ведения больных и медицинских стандартов / М.А. Александров // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.-2011.-№ 2.
4. 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

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.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ КЛІНІЧНИХ ОРДІНАТОРІВ

Актуальність проблеми: Організація самостійної роботи (СР) клінічних ординаторів (КО) - основа активного навчання, пізнавальної діяльності та особистого зростання лікарів. Розробка алгоритму надання допомоги хворому, курація хворих, вивчення сучасної літератури як види СР лікарів-ординаторів дозволяють освоїти професійні навички більш якісно. Завдання для СР КО базуються на запасі теоретичних знань, практичних умінь і навичок, містять новий для КО матеріал і забезпечують отримання високої якості виконаної роботи. Організація виконання КО різноманітних самостійних робіт сприяє розвитку їх пізнавальних здібностей та клінічного мислення.

На основі державної програми України для КО підготовлені робочі програми за спеціальністю «Терапія». Відповідно до основної професійно освітньої програми післядипломної професійної освіти для спеціальності «Терапія» (ординатура) у навчальному плані виділено 587 годин. Модульна технологія побудови навчального процесу спрямована на вирішення двох взаємопов'язаних проблем: змісту та організації навчання та управління процесом освіти. Зміст та організація навчання включає в себе дотримання з певним коригуванням як навчальних програм і планів, так і тематики та змісту семінарських занять. Управління процесом освіти включає організацію педагогічного процесу, спрямованого на вдосконалення самостійної активної роботи клінічних ординаторів, вміння застосовувати отримані знання на практиці. Все це дозволяє формувати конкурентоспроможного, мислячого і підготовленого до професійної діяльності лікаря-терапевта.

Цілі і задачі: На кафедрі внутрішньої медицини №1 апробована сучасна система організації СР КО. Основним принципом організації СР став перехід від формального виконання певних завдань при пасивній ролі учня до пізнавальної активності з формуванням власної думки при вирішенні поставлених проблемних питань і завдань. Для організації аудиторної СР використовуються завдання наступних видів:

1. У рамках розробленої модульної технології для отримання і засвоєння необхідних теоретичних знань за обраною спеціальністю поряд з лекційним курсом регулярно проводяться активні семінарські заняття, в підготовці до яких провідна роль відводиться СР КО. На кожному темі семінару призначається відповідальний виконавець. У його завдання входить підготовка доповіді-презентації, в якій повинні бути відображені етіологічні фактори, що призводять до певного захворювання, патогенез захворювання, диференційна діагностика, сучасні (загальноприйнятні) класифікації, клінічні симптоми, об'єктивні методи діагностики та лікування. Виконавцем в алгоритм надання допомоги потерпілому має бути включено етапне надання невідкладної кваліфікованої та спеціалізованої допомоги. Всі інші слухачі повинні відтворити матеріал в реферативній формі, в конспектах зі схематичним зображенням різних варіантів діагностики, лікування. Таким чином, при вивченні теми всі слухачі можуть брати участь в обговоренні питань з професійної точки зору, з адекватним розумінням, проводити розбір клінічних прикладів і вирішувати ситуаційні задачі.

2. Рішення ситуаційних завдань. Цілями СР над ситуаційними завданнями є відпрацювання навичку аналізу клінічної ситуації, даних інструментального та лабораторного дослідження, виділення провідного клінічного синдрому, постановка

діагнозу у формі протоколу, обґрунтування алгоритму надання першої невідкладної кваліфікованої та спеціалізованої допомоги постраждалим.

3. Робота у відділенні. КО почуваються впевненіше при регулярному спілкуванні з хворими, збору анамнезу, психологічної та моральної підтримки пацієнтів.

4. Найважливішим етапом підготовки фахівця є придбання практичних навичок клінічної діагностики, визначення достовірних і ймовірних симптомів, що виявляються за допомогою додаткових об'єктивних методів дослідження, в тому числі інвазивних. Для цього в розпорядженні кафедри в клініках міста існують різноманітні профільні відділення, що мають певну лікувальну спеціалізовану спрямованість: гастроентерологічне відділення, відділення артеріальної гіпертензії та патології нирок, відділення ішемічної хвороби серця, діагностичний центр, відділення реанімації та інтенсивної терапії, а також надання амбулаторної допомоги терапевтичним хворим. Крім того, практичні навички здобуваються на обов'язкових чергуваннях при наданні невідкладної допомоги терапевтичним пацієнтам.

5. Важливе значення має стимуляція професійної мотивації КО в процесі навчання. Слід сказати, що мотивація до пізнання терапії починається в період вузівського навчання, коли студенти беруть участь у науковій роботі, виконують під керівництвом співробітників кафедри науково-дослідницьку роботу. У період післядипломної освіти кафедра сприяє можливості ранньої спеціалізації в обраній профільній спеціальності найбільш успішним ординаторам другого року навчання. Це дозволяє їм у клінічних відділеннях освоїти значну кількість нових, найбільш сучасних лікувально-діагностичних технологій і маніпуляцій. Наукова зацікавленість КО реалізується в наукових дослідженнях кафедри та університету та дає можливість брати участь у грантових програмах, що забезпечує різнобічне отримання знань, участь у наукових конференціях, а також відповідну фінансову підтримку.

6. Обов'язковим розділом технології навчання є проведення обговорень тяжких хворих, аналіз надання їм спеціалізованої допомоги. Обговорення проводиться у вигляді дискусій, у тому числі з оцінкою різних варіантів. Для орієнтації в цих питаннях в якості засобів візуалізації використовуються раніше підготовлені слухачами мультимедійні презентації, навчальні фільми та ін. Обговорення проводиться на основі групового взаємозв'язку з розподілами ролей лікарів-терапевтів, які надають невідкладну допомогу з етапу першої лікарської до спеціалізованої допомоги, також відпрацьовується технологія взаємодії з іншими вузькими спеціалістами при наявності поєднаної або комбінованої патології.

Висновки: Таким чином, основною метою і підсумком навчання клінічного ординатора є випуск молодого спеціаліста з формуванням професійної компетентності, що відповідає всім сучасним вимогам вибраної спеціальності. Самостійна робота в сучасних умовах є одним з провідних факторів підготовки фахівця. Запорукою успішної організації самостійної роботи клінічних ординаторів є активне використання сучасних педагогічних прийомів навчання та комп'ютерної техніки, введення в навчальний процес активних методів навчання. Вирішальна роль в організації самостійної роботи належить викладачу, який повинен працювати не з ординаторами взагалі, а з конкретною особистістю, з її сильними та слабкими сторонами, індивідуальними здібностями і нахилами. Особливої уваги потребують питання мотиваційного, процесуального, технологічного забезпечення самостійної аудиторної та позааудиторної пізнавальної діяльності лікарів-ординаторів,

що становить цілісну педагогічну систему, яка враховує індивідуальні здібності і схильності клінічного ординатора.

ЗНАЧЕННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ПРОГРАМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФТАЛЬМОЛОГІВ

Бездітко П.А., Панченко М.В., Тарануха О.О., Мужичук О.П.

Лікар повинен якісно виконувати свої професійні обов'язки і володіти новими, сучасними медичними технологіями. В зв'язку з чим в підготовку лікаря-інтерна необхідно включати нові принципи навчання, що направлені на отримання медичної освіти з застосуванням сучасних технологій у медицині.

Основне завдання в інтернатурі – удосконалення теоретичних знань і практичних умінь і навиків для надання якісної медичної допомоги населенню.

У післядипломній освіті лікарів-інтернів вирішити широке коло задач дозволяють сучасні технології симуляційного навчання, даючи можливість у рамках існуючих програм підвищувати свою кваліфікацію без ризику для життя реальних пацієнтів.

Підготовка офтальмохірурга для виконання мікрохірургічних офтальмологічних операцій є довгим та трудомістким процесом. Спеціаліст повинен мати не тільки відмінні знання з анатомії. Основна складність такого навчання полягає в необхідності адаптації до операції в обмеженому просторі, під мікроскопом, набуттю лікарем мікрмануальних навиків.

Необхідно навчитися працювати мікроінструментами в обмеженому просторі і точно дозувати свої рухи, а також оцінювати супротив тканин візуально під мікроскопом та тактильно. Дані навички необхідно отримувати і розвивати на етапі навчання в інтернатурі.

В багатьох світових навчальних медичних закладах відпрацювання навиків надання допомоги при критичних станах виконується на роботах-симуляторах, які розроблені з урахуванням новітніх досягнень медичної симуляції. В них закладені клінічні сценарії, включаючи стан пацієнта, необхідне обладнання і медикаменти.

Робот може бути наділений необхідними функціями, що моделюють реального пацієнта, володіє автоматичною реакцією на зовнішні дії, маніпуляції. У програмі закладена фармакологічна бібліотека, що дозволяє роботу реагувати на введення препаратів. Під час запуску певного сценарію у манекена миттєво виставляються параметри, які відповідають даному захворюванню чи невідкладному станові. Подальший розвиток сценарію проходить автоматично і залежить від відповіді учня. Мета симуляції – застосування отриманих знань на практиці. Застосування робота дозволяє відпрацювати в віртуальних умовах лікування пацієнтів з різноманітними невідкладними станами. Перелік сценаріїв досить різноманітний: наприклад, гостра втрата зору при отруєнні метиловим спиртом. Різні стани можуть інсценуватися нарізно, або в комплексі.

Втілення в навчальний процес інтернатури по спеціальності «офтальмологія» симуляційних методів навчання: відпрацювання алгоритмів дій, навиків надання екстреної медичної допомоги при критичних станах (гострому нападі глаукоми, гострому іридоцикліті, травмах органа зору та його придатків, гострих порушеннях прохідності судин сітківки, зорового нерву і т.п.); включення в програму навчання практичних занять на манекенах, муляжах очного яблука і т.п. – могло б допомогти покращити якість навчання, виявити недоліки в теоретичних знаннях,

відпрацювати необхідні професійні вміння, набути навички використання сучасної апаратури, навчитися працювати у колективі.

СТАНДАРТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇХ МІСЦЕ У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

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

Резюме. Широке запровадження європейських та світових стандартів в практику охорони здоров'я України вносить корективи в методологію підготовки лікарів-інтернів. Значне місце у діяльності майбутнього спеціаліста-хірурга займають клінічні протоколи, що являються нормативними документами, які визначають вимоги до надання медичної допомоги хворому під час певного захворювання. Використання медичних стандартів і клінічних протоколів у підготовці лікарів-інтернів хірургічного профілю дозволяє покращити результати їх теоретичної та практичної підготовки.

Вступ. Організація підготовки лікаря-хірурга за державними освітніми програмами, впровадження в навчальні програми перспективних сучасних досягнень світової науки та технології є важливими проблемами сьогодення. Важливим напрямком підвищення якості надання медичної допомоги, орієнтованим на перехід від інтуїтивної практики до науково виваженої, є стандартизація медичної практики та її організація, що дозволяє розв'язати проблему систематизування та впорядкування знань лікарів-інтернів, які були здобуті під час навчання у вищому медичному навчальному закладі [1,3].

Для підготовки медичних фахівців різного рівня досить часто застосовується алгоритмічна логика (алгоритм), що покладена в основу розробки клінічних протоколів та впливає з форми стандартизації медичної допомоги, яка вважається найбільш ефективною на сучасному етапі. На сьогодні в Україні швидко розвивається стандартизація медичних технологій, яка після належної обробки та систематизації затверджується наказами міністерства охорони здоров'я. Запровадження нової методології розробки стандартів медичної допомоги обумовить теоретичні засади належної клінічної практики європейського зразка [1, 2, 4].

Матеріали та методи. Як засіб навчання, клінічний протокол використовується як метод самооцінки, який можна застосовувати самостійно з освітніми цілями, шляхом порівняння варіаційності фактичної практики з типовими клінічними протоколами [2, 3, 5]. Клінічні протоколи є нормативними документами, що визначають вимоги до надання медичної допомоги хворому під час певного захворювання, певного синдрому або в певній клінічній ситуації, медичній організації. Їх використання в повсякденній практиці дозволяє вибрати оптимальні технології профілактики, діагностики, лікування та реабілітації для конкретного пацієнта. До того ж важливе значення мають обґрунтування основної проблеми державних гарантій надання медичної допомоги населенню, захист прав пацієнта та лікаря при розв'язанні суперечливих та конфліктних питань, проведення експертизи та оцінки якості медичної допомоги хворим із певними захворюваннями або в певній клінічній ситуації, планування заходів із його вдосконалення. Стандартизація медичної допомоги дозволяє планувати обсяги медичної допомоги та визначати необхідні витрати для її надання. Типовий клінічний протокол включає в себе модель пацієнта та критерії віднесення хворого до моделі. Для професійної

моделі характерна саморегуляція. У ній якість медичної допомоги визначають як відсутність дефектів та відповідність стандартам. Модель базується на ствердженні, що лікар володіє найбільшою інформацією що до потреби пацієнта та надає допомогу з огляду на це. Спеціальні знання лікаря та володіння індивідуальною інформацією відіграють провідну роль у використанні ресурсів [1, 4].

Мотивація оволодіння медичними стандартами полягає в тому, що майбутній лікар-хірург розуміє, що лікувальна установа не тільки користується його ресурсами, але й готова поповнювати їх за рахунок підвищення професійної кваліфікації різного рівня. Коли майбутній фахівець відчуває мотивацію, він прагне, зі свого боку, до максимальної ефективності праці. Опанування медичними стандартами освіжає сприйняття своєї професії, розкриває її нові ракурси, а отримані технології стимулюють лікарів-інтернів у процесі роботи та позбавляють трудову діяльність від рутинності: активність у роботі підвищується [3, 5].

Результати та їх обговорення. Співробітниками кафедри хірургії №1 ХНМУ спільно зі співробітниками ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім.В.Т.Зайцева НАМН України» створені медичні стандарти та локальні протоколи надання медичної допомоги в абдомінальній та торакальній хірургії. Стандарти включають алгоритми діагностики, формування діагнозу, обсяг оперативного втручання, передопераційну підготовку, профілактичні заходи, особливості проведення анестезіологічної допомоги, післяопераційну терапію тощо. На сьогодні використання клінічних протоколів у підготовці лікаря-інтерна хірурга стало невід'ємною складовою педагогічного процесу на кафедрі. Особливістю стандартів є те, що вони дозволяють зберігати індивідуальний підхід до кожного хворого. Вміння є однією з основних складових післядипломного навчання лікаря-інтерна хірургічного профілю. Воно дозволяє оперувати складною системою теоретичних знань і практичних навичок у розв'язанні досить складних, нетипових, нестандартних професійних задач.

Найвищим рівнем вміння є творчий. Він досягається тоді, коли лікарю-інтерну надаються умови для самостійного здобуття нових знань або способів дії - це так звана суб'єктивна творчість, що полягає в самостійному відкритті нових для нього, але вже відомих науці даних. Надаючи певну свободу лікарю-інтерну при самостійній роботі, медичний стандарт є певним кістяком, на основі якого надалі базуються набуті знання та вміння. Клінічні протоколи не дозволяють лікарю випустити найбільш важливі моменти діагностичного та лікувального алгоритму. На цій основі виникає можливість проведення навчання у формі проблемно-орієнтованої дискусії, круглого столу чи практичної конференції, метою чого є формування лікаря-спеціаліста, який в умовах дефіциту часу зможе знайти оптимальне вирішення будь-якої ситуації. На завершення опанування певною темою стандарти надання медичної допомоги використовуються нами, як елемент контролю за якістю професійної підготовки лікаря-інтерна хірурга.

Висновки

Зважаючи на вищевказане, використання медичних стандартів і клінічних протоколів у підготовці лікарів-інтернів хірургічного профілю дозволить оптимізувати мотиваційний підхід до навчання молодих фахівців та значно покращити результати їх теоретичної та практичної підготовки.

Література

1. Клінічні протоколи спеціалізованої допомоги хворим на злоякісні новоутворення. Рекомендації щодо стандартизації медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення / Шалімов С.О., Ганул В.Л., Федоренко З.П. та ін. – К., 2006. – Випуск 1. – 123 с.
2. Вербицкий А. А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения : учеб. для вузов / А. А. Вербицкий. – М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2002. – 83 с.
3. Ліщишина О.М., Степаненко А.В. Належна практика створення медичних стандартів як основа для належної клінічної практики // Український медичний часопис. – 2006. – № 3(53). – С. 21–27.
4. Лехан В.М., Гук А.П. Методичні підходи до розробки медичних стандартів: Навчально-методичний посібник. – К., 2000. – 28 с.
5. Использование регионарных стандартов обследования и лечения при подготовке врачей курсантов на курсах усовершенствования / Клигуненко Е.Н., Ехалов В.В., Станин Д.М., Петренко Ю.С., Фроленко В.В., Снисарь В.И. // Тези доповідей 4-ї Міжнародної конференції «Наука і освіта». – Дніпропетровськ, 2001. – Т. 6. – С. 20.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

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

Перші спогади про Інститут післядипломної освіти на Харківщині відносяться до ХІХ сторіччя. Так у 1840 р. створено спеціальний інститут підвищення кваліфікації випускників медичного факультету Імператорського Харківського університету. У подальшому в літературі згадується 1896 р. – офтальмологічний гурток Л.Л. Гіршмана. Цю ідею підтримав і продовжив завідувач Харківської бактеріологічної станції, викладач кафедри патологічної анатомії В.К. Високович. При медичному факультеті кафедри мікробіології ще не було і станція організувала курси бактеріологів. Навчальна робота проводилася не тільки на цих спеціальних курсах, але і на робочих місцях лікарів, а також для студентів. Початок ХХ століття характеризується харківським періодом роботи відомого патологоанатома Н.Ф. Мельнікова-Разведенкова, який у 1906 р. організував «Харківський медичний журнал», а пізніше – журнал «Лікарська справа».

Після революції, у 1922 році, відомий гігієніст А.Н. Марзеев створив піврічні курси підготовки санітарних лікарів на базі Санітарно-бактеріологічного інституту ім. І.І. Мечникова. Такі ж курси з інфекційних хвороб для сільських дільничних лікарів організував І.Р. Брауде в 1924 р.

У листопаді 1923 року в Харкові почав працювати створений М.С. Бокаріусом Кабінет науково-судових експертиз, який в 1925 р. був перетворений в однойменний інститут. Видатний вчений судовий медик і криміналіст, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри судової медицини Харківського медичного інституту М.С. Бокаріус проводив індивідуальне навчання лікарів проведенню судово-медичних експертиз. Вони приїжджали до нього з Сум, Краснограда, Первомайська, Артемівська та інших місць. У 1925 році під його керівництвом вперше в країні були організовані піврічні курси, на яких удосконалили свої знання 13 лікарів – окружних судово-медичних інспекторів з різних міст України.

Медичний університет був одним із перших ВНЗ України, в якому за дорученням МОЗ СРСР розпочали експеримент із підготовки лікарів-інтернів. Навчання лікарів-інтернів на цьому етапі проводилося на базах практичної охорони здоров'я. Керувала підготовкою інтернів протягом десяти років від початку її організації академік Л.Т. Малая.

У подальшому організаційно-методичну роботу в інтернатурі очолював професор Ю.В. Одинець, з 2001 року як проректор з навчально-лікувальної роботи.

У цей час роботою відділу інтернатури керувала Н.М. Вашкене. В 1996 році створено деканат післядипломної освіти, роботу якого очолювали професор А.Я. Малоштан (1996-2001 рр.) та доцент Л.Г. Тельнова (2003 - 2006 рр.).

У лютому 2006 року створено факультет післядипломної освіти, деканом якого обрано доцента В.В. В'юна. У січні 2011 року факультет післядипломної освіти був реорганізований у Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ, в структурі якого проводять свою роботу кафедри, підрозділи за напрямками роботи (інтернатура, підвищення кваліфікації, спеціалізація та перепідготовка лікарів, підготовка бакалаврів та магістрів) та сектор сприяння працевлаштуванню випускників, директором якого обрано та призначено В.В. В'юна.

У різні роки в післядипломній освіті ХНМУ працювали та працюють видатні вчені: академік, Герой Соціалістичної Праці та Герой України професор Л.Т. Малая; академік НАН України, доктор медичних наук, професор В.І. Грищенко; академік АН України, заслужений діяч науки України, доктор медичних наук, професор В.І. Шаповал; член-кореспондент НАМН України, академік АН вищої школи України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор В.І. Лупальцов, завідувач кафедрою хірургії №3; академік Національної Академії медичних наук України, Заслужений лікар України, Заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор Олександр Миколайович Біловол.

За весь період проведення навчання в інтернатурі в ХНМУ сертифікат спеціаліста отримали біля 20 тисяч інтернів.

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету надає широкий спектр освітніх послуг, має досвідчений професорсько-викладацький склад та потужну матеріальну базу, що максимально задовольняє потреби сьогодення.

ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ

Волкова Ю.В., Науменко В.О., Дубівська С.С.

Підготовка компетентних спеціалістів-анестезіологів – одна з основних задач кафедри МНС,А та ІТ, рішення якої забезпечує зниження летальності ускладнень в клініці. Необхідність в якісно підготовлених фахівцях-анестезіологах за останні 8 років не має тенденції до зниження. За цей період було випущено 83 фахівця-анестезіолога, однак укомплектованість штатів анестезіологічних відділень, щодо Харківської області, продовжує залишатися на рівні 76-82%, що, без сумніву, буде забезпечувати наявність «впевненого попиту» на спеціалістів-анестезіологів в найближчі 5 років. Однак, якщо проблему «кількісного» попов-

нення потреби в спеціалістах-анестезіологах вдається вирішити більш-менш успішно, то проблема поліпшення «якості» підготовки виглядає більш складною. В будь-якому виробництві аксіомою вважається, що якість продукту на виході на пряму залежить від якості сировини на вході у виробничий процес. На жаль цю не академічну аналогію ми вимушені застосовувати для пояснення та обґрунтування власної позиції у питанні поліпшення якості підготовки лікарів-анестезіологів. Спеціальність анестезіолога має свої специфічні якості.

По професіографічним характеристикам спеціальність анестезіолога відноситься до вищої, 4й категорії психологічної напруги. В практичній роботі анестезіолога досить часто «бувають хвилини, коли все вирішують секунди і це все триває годинами». Робота з даної спеціальності обумовлює формування певного типу особистості. В наслідок впливу факторів постійного психоемоціональної напруги відмічається значне вичерпання резервів симпатoadреналової системи та уповільнення відновлення нормальних показників її функціональних резервів. Робота в спеціальності особистостей зі «слабким» типом нервової системи призводить до формування в них схильності до гіпертонічної хвороби, неврозам та до душевної кризи, а потім і до «неконструктивних» шляхів виходу з кризи: депресії та алкогольної залежності. Даний факт, без сумнівно, обумовлює необхідність відбору для підготовки фахівців, осіб з певними, вираженими для даної спеціальності, особливостями характеру и типу особистості, а у випадку неможливості такого вибору до введення в курс підготовки в інтернатурі навчання спеціальним знанням та методичним навичкам, які можуть хоча б зменшити вплив патологічних виробничих факторів на формування особистості лікаря-анестезіолога.

З ціллю пошуку та вибору критеріїв професіональної придатності співробітниками кафедри МНС,А и ІТ ХНМУ була розроблена система аналізу індивідуальних особливостей спеціалістів по таким критеріям: 1. Психофізіологічні особливості; 2. Інтелектуальні особливості; 3. Характерні якості. На базі результатів тестування, виявляються якості, необхідні для професіональної діяльності, а саме: швидкість прийняття рішень, виконання точних рухів руками, дозування зусиль, при виконванні маніпуляцій, швидкість переключення уваги з одного об'єкту на інший, одночасне стеження за декількома об'єктами, миттєвий охват уваги великої кількості об'єктів. Виходячи з того виявлені три основні психічні функції, які підлягають максимальному навантаженню: мислення, увага, моторика. Також, в результаті аналізу інформаційних ознак, виявлений стиль діяльності лікаря-анестезіолога, який характеризується, як високошвидкісний. Інтегративним показником на психофізіологічному рівні виступають якості темпераменту: домінування предметно-діяльного компоненту над соціальним, висока енергійність, які є прогностично важливими для успішної роботи в спеціальності. При аналізі рівня інтелектуальних здібностей, увага повинна приділятися рівню індуктивного мислення, здібностей до узагальнення, образному мисленню та високому рівню пам'яті. Серед характеристик особистості можна виділити стилі міжособистих відносин: відповідально-великодушний (альтруїзм, обов'язковість, м'якосердя, готовність прийти на допомогу), як домінуючий, співробітницько-колегіальний (прив'язливість та прагнення до співробітництва з групою), лідируючий (організатор, керівник, радник). Виявлення професіональної активності по розробленій системі дозволяє обґрунтовано підійти до вибору спеціальності, співставляючи особистий психологічний портрет з психовимогами, а також виявити методи та

шляхи професіонального самовдосконалення з урахуванням інформативних психологічних показників, які забезпечують успішність та довготривалість професіональної діяльності. Впровадження системи психофізіологічної придатності в процес відбору та підготовки інтернів-анестезіологів поліпшує якість підготовки спеціалістів даної спеціальності.

ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ №1 ТА НЕОНАТОЛОГІЇ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*Гончарь М.О., Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г.,
Логвінова О.Л., Омельченко О.В.*

Вступ. Актуальним завданням вищої медичної школи є розробка більш ефективних методів підготовки майбутніх фахівців і впровадження об'єктивних методів оцінки знань та якості освоєння практичних навичок у спеціалістів [1]. Сучасні вимоги до спеціаліста з вищою медичною освітою, що зумовлені інтеграцією України в міжнародне науково-освітнє співтовариство, потребують впровадження в освітньо-інтегративний процес міжнародних медичних та освітніх стандартів, підвищення професійно-орієнтованого рівня лікарів, забезпечення їх сучасними інноваційними та інформативними медичними технологіями (2). До інноваційних технологій медичної освіти відносять методи активного навчання, однією із різновидностей якого є симуляційне навчання, яке забезпечує і контролює оволодіння практичними навичками, пов'язаними з безпосереднім контактом з пацієнтом. Симуляційна освіта є однією із основних методик практичної підготовки медичних фахівців у розвинених країнах. Відпрацювання навичок на симуляторах має доведену ефективність (3).

Сучасна історія стимуляційного навчання у медицині почалася у 1960-ті роки. На знаменитому манекені Resuscі Anne, сконструйованому норвезьким фабрикантом пластмасових іграшок Асмундом Лаердалем, мільйони людей навчилися робити серцево-легеневу реанімацію. Почався випуск тренажерів, призначених для навчання анестезіологів, кардіологів та лікарів інших спеціальностей. Пізніше, завдяки розвитку комп'ютерної техніки та мікроелектроніки, з'явилися складні високотехнологічні макети, які дозволяють розкрити справжній потенціал симуляційного навчання. У 1994 році було створено SESAM – Європейську асоціацію з симуляції у медицині, яка щорічно проводить великі міжнародні конференції (4).

Завдяки підтримці україно-швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини» у 2013 році у чотирьох партнерських регіонах Програми було створено центри симуляційних методів навчання.

Мета роботи. Проаналізувати досвід використання симуляційних методів навчання при оволодінні практичних навичок на післядипломному етапі підготовки фахівців.

Основна частина. На кафедрі педіатрії № 1 та неонатології на післядипломному етапі підготовки навчаються лікарі-інтерни зі спеціальностей “Педіатрія” та “Неонатологія”, слухачі циклу спеціалізації зі спеціальності “Загальна практика – сімейна медицина” та 5 циклів тематичного удосконалення. Особлива увага під час навчання приділяється практичній підготовці лікарів-інтернів та слухачів. Ке-

руючись установками наказу МОЗ України “ Про удосконалення післядипломної освіти лікарів” від 10 грудня 2010 року № 1088, яким передбачено забезпечення клінічних кафедр тренажерами, фантомами та іншими пристосуваннями для оволодіння лікарями-інтернами та слухачами практичними навичками, 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 та слухачі засвоюють та вдосконалюють практичні навички з серцево-легеневої реанімації дітей різного віку, інтубації трахеї, внутрішньовенних, внутрішньом’язових, підшкірних та внутрішньошкірних ін’єкцій, мають можливість виконувати офтальмологічні процедури, назогастральні та вушні маніпуляції, можливість встановлення шлункового зонду, відпрацювання купання та сповивання, відпрацювання постановки клізми та інш. У роботі по засвоєнню практичних навичок на кафедрі використовується 3-х етапна система.

Перший етап – ретельне теоретичне вивчення послідовності дій (алгоритм) у виконанні маніпуляцій.

Другий етап – виконання навичок лікарями-інтернами та слухачами на фантомі, муляжах під керівництвом викладача.

Третій етап – підведення підсумків заняття з використанням методу дебрифінгу. Викладач розбирає з лікарями-інтернами та слухачами допущені помилки при тренуванні, обговорює з ними набутий досвід при засвоєнні тієї чи іншої навички. Це сприяє кращому закріпленню одержаних навичок та знань.

Наш досвід використання фантомів та тренажерів у засвоєнні практичних навичок лікарями-інтернами та слухачами свідчить, що симуляційні методи навчання на післядипломному етапі медичної освіти – необхідна складова у відпрацюванні практичних вмінь фахівців. Симуляційні методи навчання дозволяють об’єктизувати оцінку досягнутого рівня майстерності, здобувати клінічний досвід без ризику для пацієнта, не обмежувати кількість повторів при відпрацюванні практичної навички, тренуватись у зручний час незалежно від роботи клініки, забезпечувати засвоєння рідкісних маніпуляцій та невідкладної допомоги в життєво загрозованих ситуаціях. На державній атестації лікарі-інтерни та слухачі демонструють високий рівень знань та практичних навичок, засвоєних за допомогою симуляційних методів навчання.

Висновки. Симуляційне навчання є одним із ефективних і перспективних напрямків удосконалення післядипломної медичної освіти фахівців

Література

1. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В.В. Артьоменко, С.С. Семченко, О.С. Єгоренко Д. А. та ін. // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 6. – С. 67–74.
2. 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.
3. Етапи формування навичок. Тренування та тренажери.

[Електронний ресурс].- Режим доступу: <http://psyera.ru/etapy-formirovaniya-navykov-trenirovka-i-trenazhery-929.htm>

4. Society in Europe for simulation Applied to Medicine: <http://www.sesam-web.org>.

СУЧАСНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ В МЕДИЧНИХ ВУЗАХ

Гонцій О.В., Панченко Г.Ю., Бурлака В.В.

Основною метою сучасної вищої медичної школи є підготовка висококваліфікованих фахівців, здатних до самостійної роботи. Для досягнення цієї мети необхідно не тільки засвоєння знань, умінь і навичок, а й розвиток клінічного мислення і професійної компетенції.

Застосування нових технологій у процесі навчання інтернів дозволить сформувати у майбутніх лікарів основи аналітичного мислення. Сучасні методи викладання, такі, як «ділова гра», «круглий стіл», «мозковий штурм», «дебати», є активною формою навчання. У процесі підготовки інтернів використовуються різні форми занять і навчання, направлені на реалізацію головного принципу - створення конкретних ситуацій, з якими лікар зустрічається у своїй повсякденній професійній діяльності.

Процес педагогічної діяльності з інтернами включає наступні складові: лекції, семінари, самостійну аудиторну та позааудиторну роботу, що взаємопов'язані і доповнюють один одного.

Ефективною формою роботи з інтернами є семінарські заняття. Самостійна підготовка до семінару розвиває вміння інтерна орієнтуватися в науковій медичній літературі, розширювати свій кругозір з дисципліни при спілкуванні з колегами, отримувати навички самостійного мислення та публічного виступу. У ході проведення семінарів викладач визначає вихідний рівень знань інтернів, проводить їх корекцію[1].

На кожне семінарське заняття кожен інтерн готує самостійно або за допомогою викладача реферативну доповідь або презентацію. Наступним етапом після заслуховування реферату (презентації) йде обговорення. При обговоренні інтерн навчається висловлювати свої думки, міркувати, вести дискусію, вислуховувати думку інших. У кінці семінарського заняття викладач відповідає на питання інтернів, проводить підсумковий контроль знань шляхом опитування або тестування. Така форма проведення семінарів значно підвищує рівень логічного та клінічного мислення інтернів, а також з'являється стимул до постійної самоосвіти[2].

На семінарському занятті можна використовувати «ділові ігри». «Ділова гра» - робота в команді. Цей педагогічний прийом важливий у підготовці лікаря, він закладає навички роботи в команді, вміння висловлювати свої думки, вислуховувати й поважати думку колег, міркувати, вести дискусію. Створення атмосфери «ділової гри» дозволяє інтернам побудувати реальні ситуації й бути психологічно готовим до роботи в конкурентному середовищі. Використання таких тренінгів дає можливість програвати різні ситуації в ході заняття, а потім детально аналізувати як успішні дії учасників «гри» при вирішенні конкретної проблеми, так і допущені помилки. Аналіз результатів «ділової гри» передбачає роботу всіх учасників заняття - інтернів і викладача. Завдання викладача - бути об'єктивним при аналізі ситуацій, а це вимагає серйозної підготовчої роботи для розробки критеріїв оцінки.

Не менш ефективний метод навчання - «мозковий штурм». Він вимагає активної участі всіх інтернів з максимальною мобілізацією уваги, пам'яті, швидкості реакції у відповідях з питань діагностики, лікування, профілактики хвороб внутрішніх органів. Цей метод дозволяє виявляти і розумно використовувати диференційно - діагностичні навички майбутніх лікарів, розширювати їх кругозір, навчати швидко та вміло виявляти й зіставляти клінічні симптоми, швидко приймати вірне рішення при невідкладних станах[1].

Важлива роль відводиться позааудиторній самостійній роботі майбутніх фахівців. Окрім підготовки реферативних повідомлень (презентацій), інтерни розробляють нестандартні ситуаційні завдання, в яких закладені помилки в плані обстеження пацієнтів, формулювання клінічного діагнозу, призначення лікування. Колегам-інтернам пропонується знайти помилки в діях лікаря, з'ясувати їхні можливі причини. У ході розбору представленої ситуаційної задачі проводиться інтерпретація анамнестичних даних, результатів об'єктивного, лабораторного, інструментального обстеження пацієнтів. Правильно побудований аналіз ситуації дозволяє інтернам краще запам'ятовувати матеріал, набувати нового досвіду, навчатися уникати помилок і неправильних дій, прогнозувати й приймати правильні рішення на прикладі лікарських помилок, які було виявлено в ситуаційних задачах. Така робота вчить майбутнього лікаря бути більш уважним, правильно організовувати свої дії, вирішувати конкретні завдання щодо кожного хворого.[2].

Використання інноваційних технологій у навчальному процесі в інтернатурі має однакові цілі з традиційною формою освіти. Впровадження в освітній процес інтерактивних форм навчання доповнює його і дозволяє зберегти пріоритети вищої медичної школи - формування професійних і особистісних якостей лікаря, створення основи, яка допоможе випускникам медичного університету зростати професійно, орієнтування їх на самонавчання для неперервної професійної освіти й самовдосконалення.

Лікарі-інтерни сьогодні - це професіонали завтра, від яких буде залежати здоров'я нації, розвиток системи охорони здоров'я. Використання в педагогічному процесі інноваційних технологій дозволить нам сформулювати майбутнього лікаря, здатного до вирішення найскладніших проблем в реаліях сучасної дійсності.

Література

1. Галиця І. Інтелектуально-конкурентні ігри як креативний механізм активізації педагогічного, наукового та інноваційного процесів / І. Галиця, О. Галиця // Вища шк. – 2011. – №1. – С. 104–107.

Кошечко Н.В. Методика викладання у вищій школі: Навч. посібник. – Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2013. – 115 с.

ПРО ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СУМІЖНИХ КАФЕДР НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ

Гречаніна О.Я., Гречаніна Ю.Б., Молодан Л.В., Здибська О.П., Бугайова О.В.

Сучасний етап професійної медичної підготовки характеризується значним збільшенням обсягів, складністю і темпами засвоєння навчального матеріалу. Педагогічна практика у вищих медичних навчальних закладах на післядипломному етапі повсякденно ставить викладачів перед необхідністю вирішення цілого ряду методичних питань, які пов'язані з підготовкою та читанням проблемних лекцій, з підготовкою та проведенням семінарських і практичних занять.

Особлива увага при підготовці лікарів-інтернів на кафедрі медичної генетики надається засвоєнню практичних навичок, які включають не тільки огляд та обстеження хворих з підозрою на спадкову патологію, але й моделювання клінічних ситуацій, перегляд відеоматеріалу, діалог в Інтернеті з використанням телекомунікаційної системи on-line зв'язку. Система Інтернет активно використовується у навчальному процесі для отримання новітньої інформації з медичної генетики. Майбутні сімейні лікарі, лікарі-педіатри, терапевти, дитячі хірурги мають змогу приймати участь у вебінарах та відеоконференціях. Для покращення теоретичних знань лікарів-інтернів на кафедрі створено бібліотеку, яка постійно поповнюється новими джерелами вітчизняного та іноземного походження.

Особливістю роботи з лікарями-інтернами є самостійна робота лікарів з сучасними технологіями та постійна робота із хворими. При отриманні заліку лікарі-інтерни суміжних кафедр одним із найважливіших етапів є прийом практичних навичок: кожному інтерну пропонується згідно з переліком виконати ту чи іншу лікарську маніпуляцію, проаналізувати данні лабораторних досліджень. Відпрацювати виконання практичних навичок лікарі-інтерни мають можливість на клінічній базі кафедри медичної генетики – Харківському міжобласному спеціалізованому медико-генетичному центрі – центрі рідкісних (орфанних) захворювань.

Крім виконання кожним лікарем-інтерном індивідуального плану проходження інтернатури, викладачі кафедри медичної генетики намагаються виявити найбільш талановитих та сприяють подальшому розвитку їх науково-практичних здібностей. Найбільш обдаровану молодь залучено до науково-дослідної роботи на кафедрі.

Отриманий нами досвід роботи свідчить про правильність вибраного методичного підходу до навчання лікарів-інтернів на кафедрі.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНАХ

Гуйда П.П.

Питання вивчення військової медицини стають сьогодні все більш актуальними. Сучасні умови вимагають високого рівня професійної підготовки військових лікарів і лікарів-інтернів – офіцерів медичної служби запасу. Важливу роль відіграє також правильна організація медичної допомоги. Саме такі професійні якості та організаційний досвід під час Великої Вітчизняної війни дозволили повернути до строю 90,6% хворих і поранених.

В умовах сучасної війни лікарі можуть зустрітись з 4 групами хворих та уражених, які потребують терапевтичної допомоги:

І група – уражені терапевтичного профілю, які мають потребу в консервативному лікуванні:

а) уражені іонізуючим випромінюванням (хворі на променеви хворобу);

б) уражені отруйними речовинами (ОР), за винятком частини уражених ОР шкірно-резорбтивної дії, які спричиняють хімічні опіки, що є компетенцією хірургів;

в) уражені бактеріологічними засобами.

2 група – хворі: соматичні (терапевтичні), інфекційні, неврологічні, психічні, шкірно-венерологічні.

3 група – комбіновані ураження (поєднання різних уражень терапевтичного та хірургічного профілю):

- променева хвороба + ОР;
- опік + променева хвороба;
- поранення + ОР;
- поранення + променева хвороба;
- поранення + опік+ променева хвороба та інші.

4 група – хірургічні уражені, які мають зміни або ураження внутрішніх органів (пневмонія, опікова хвороба та інші).

До санітарних утрат відносяться хворі, поранені та уражені, які вибули зі строю на строк не менше однієї доби та доставлені на етап медичної евакуації. В сучасних умовах структура санітарних утрат буде включати в себе травми, опіки, терапевтичні, нервові та психічні захворювання, комбіновані ураження, гостру променеву хворобу.

Майбутнє хворих, поранених та уражених багато в чому буде залежати від своєчасності надання медичної допомоги, особливо першої. Розрізняють 5 видів медичної допомоги:

1. Перша медична допомога – на полі бою або в осередках масового ураження.
2. Долікарська допомога.
3. Перша лікарська допомога.
4. Кваліфікована допомога.
5. Спеціалізована допомога.

Етап медичної евакуації – це сили та засоби медичної служби, розгорнуті на шляху прямування поранених, хворих та уражених. Основні функції етапу медичної евакуації: приймання, проведення медичного сортування, надання невідкладної допомоги, лікування та евакуація поранених, хворих та уражених.

На кожному етапі медичної евакуації допомога, що надається, поділяється на 2 види:

- 1) невідкладна медична допомога, яка надається за життєвими показаннями;
- 2) медична допомога, яка може бути відкладена до наступного етапу.

В подальшій долі поранених, хворих та уражених надзвичайно важливу роль відіграє медичне сортування, що являє собою виділення груп поранених, хворих та уражених, які потребують однорідних лікувально-профілактичних заходів і мають схожу евакуаційну характеристику.

Розрізняють 2 основні види медичного сортування – внутрішньо-пунктове та евакуаційно-транспортне. При проведенні внутрішньо-пунктового сортування визначають характер і черговість надання медичної допомоги, а також функціональний підрозділ, де вона повинна надаватись. Евакуаційно-транспортне сортування передбачає: куди, в яку чергу, яким транспортом і в якому положенні евакуювати ураженого.

Принципи медичного сортування поранених, хворих та уражених:

1. Перший принцип сортування передбачає виділення груп поранених, хворих та уражених, які небезпечні для оточуючих:

- 1) уражені хімічними та бактеріологічними засобами, а також хворі на контагіозні інфекції;

2) хворі з внутрішнім і зовнішнім радіоактивним зараженням понад допустимі рівні;

3) хворі з реактивними станами.

2. Другий принцип медичного сортування полягає в розподіленні поранених, хворих та уражених, що надійшли, на групи, які потребують надання медичної допомоги на цьому етапі медичної евакуації і які не мають потреби і цьому.

3. Третій принцип сортування – проведення евакуаційно-транспортного сортування, що визначає куди, в яку чергу, яким транспортом і в якому положенні необхідно евакуювати того чи іншого пораненого, хворого або ураженого.

До медичних військових частин і закладів в сучасних умовах належать:

- медична рота бригади (окрема медична рота);
- військовий мобільний госпіталь;
- стаціонарні військові госпіталі та військово-медичні клінічні центри;
- лікувальні установи МОЗ України.

На етапах медичної евакуації є така медична документація: спеціальні сортувальні марки, первинна медична картка, історія хвороби (для осіб, які знаходяться на лікуванні на даному етапі).

КРИТЕРІЇ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ

Гуйда П.П.

Діагностика системної склеродермії (ССД), однієї з основних системних хвороб сполучної тканини, до цього часу становить для широкого кола лікарів різних фахів значні труднощі, про що свідчить частота діагностичних помилок. Так, проведений нами аналіз еволюції діагнозу у 430 хворих на достовірну ССД виявив, що лише у 15% пацієнтів правильний діагноз було встановлено протягом першого року хвороби, з них усього у 3% – при первинному зверненні до лікаря. У цих хворих першою ознакою хвороби було ураження шкіри, з приводу чого вони звернулись до дерматолога. Найчастіше від появи перших ознак ССД до встановлення правильного діагнозу минало від кількох місяців до 10-15 років і більше, хоч за цей час хворих неодноразово оглядали лікарі різних фахів, в тому числі терапевти та ревматологи.

Серед основних причин діагностичних помилок і запізнілої діагностики ССД, як свідчать наші багаторічні (понад 45 років) клінічні спостереження великої групи хворих, слід перш за все відзначити недостатнє знання лікарями клінічних проявів і діагностичних критеріїв ССД.

Ще більш утрудненою є діагностика початкової стадії ССД, що обумовлено також поліморфізмом клінічних проявів, малою їх вираженістю на ранніх етапах і відсутністю специфічних лабораторних тестів. Несвоєчасна діагностика призводить до запізнілого призначення раціональної терапії, що значно погіршує перебіг захворювання та його подальший прогноз. В той же час, як свідчить наш досвід, призначення адекватної терапії в ранньому періоді дає можливість запобігти розвитку тяжких уражень шкіри, суглобів і внутрішніх органів, що сприяє поліпшенню якості життя хворих, збереженню або відновленню їх працездатності, відчутному подовженню тривалості життя.

Основу ранньої діагностики ССД складають знання та виявлення початкових ознак захворювання, а також своєчасне встановлення розвитку системності ураження. Найбільш частими ранніми проявами ССД є вазомоторні порушення, як правило, синдром Рейно, та артропатії у вигляді поліартралгій і поліартриту. Синдром Рейно,

як початкова ознака, більш характерний для хронічного перебігу ССД, коли захворювання розвивається поступово та мало помітно протягом багатьох місяців і років, а сам синдром Рейно може передувати появі інших уражень до 21-23 років, про що свідчать також наші спостереження. В той же час у більшості хворих з вазомоторними порушеннями лікарями не ураховуються уже наявні ознаки системності, навіть при характерному ураженні шкіри та наявності остеолізу, кальцинозу, телеангіектазій.

Не менш утруднена рання діагностика ССД за наявності в дебюті захворювання суглобового синдрому, особливо поліартралгій, які спостерігаються при багатьох ревматичних хворобах. Діагностичні помилки при дебюті ССД суглобовим синдромом ще більш небезпечні, оскільки початкові артропатії більше характерні для гострого та підгострого перебігу хвороби.

Відносно рідко (за нашими спостереженнями, у 17% хворих) ССД дебютує ураженням шкіри. В той же час можливі випадки (5% хворих) перебігу ССД з мало вираженими змінами або зовсім без ураження шкіри, що свідчить про недоцільність при проведенні ранньої діагностики орієнтуватись на шкірний синдром, як на основну діагностичну ознаку ССД.

За нашими спостереженнями, лише в 3% випадків ССД розпочиналась ізольованим ураженням внутрішніх органів, як правило, легень, серця, травного тракту. Однак наявність ознак полісерозиту, пневмосклерозу, міокардиту, езофагіту потребує уточнення характеру ураження.

Знання наведених початкових ознак ССД буде сприяти своєчасному установленню правильного діагнозу. Важливо пам'ятати, що початкові ознаки ССД, як правило, достатньо виражені та відзначаються стійкістю. Часто уже у перші місяці хвороби спостерігається системність ураження і майже у половини хворих розвиваються вісцеропатії. За нашими спостереженнями, ураження серця в ранньому періоді виявлялось у 50-70% хворих, а травного тракту – у половини. Майже у третини пацієнтів серед ранніх проявів ССД були відзначені полісерозит, лімфаденопатія та ураження легень. Окрім того, часто уже в ранній стадії спостерігається різке схуднення.

В ранній діагностиці ССД потрібно ураховувати також лабораторні показники, оскільки уже в ранньому періоді захворювання нерідко з'являються зміни лабораторних показників, які відображають запальну та імунологічну активність процесу, а також порушення обміну колагену й ознаки гормонального дисбалансу, характерні для ССД.

Своєчасному установленню діагнозу ССД сприяє проведення диференційної діагностики із захворюваннями, які мають схожі клінічні прояви, передусім із ревматичними хворобами – ревматизмом, ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком, дерматоміозитом та іншими. Однак, маючи клінічну схожість між собою, ревматичні хвороби відрізняються за характером, частотою та вираженістю ураження окремих органів і систем, а також за деякими лабораторними показниками, що зрештою і визначає правильну діагностику.

Таким чином, рання діагностика ССД базується на знанні та виявленні початкових ознак захворювання та своєчасному установленні розвитку системності ураження. Необхідно пам'ятати, що найбільш частими початковими ознаками ССД є синдром Рейно та артропатії. Слід диференційовано підходити до застосування існуючих діагностичних критеріїв «достовірної» та «імовірної» ССД, оскільки є різниця між початковими ознаками ССД і критеріями, властивими розгорнутій стадії хвороби.

Одночасно при проведенні ранньої діагностики недоцільно орієнтуватись на шкірний синдром як на основну діагностичну ознаку, тому що ССД відносно рідко дебютує ураженням шкіри, а також можливі варіанти перебігу захворювання з мало вираженим ураженням шкіри і навіть без її ураження. Серед лабораторних діагностичних критеріїв ССД більш важливе значення мають показники, які відображають запальну та імунологічну активність патологічного процесу, порушення обміну колагену й ознаки гормонального дисбалансу. Відносно анти-СКЛ-70 та антицентромірних антитіл слід зазначити, що вони не можуть розглядатись в повній мірі як специфічні показники, оскільки вони виявляються при багатьох захворюваннях (і не тільки ревматичних).

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ПИТАНЬ РЕВМАТОЛОГІЇ

Гуйда П.П.

Ревматичні хвороби (РХ), які в Україні є одним із найбільш поширених класів хвороб внутрішніх органів, мають велике медико-соціальне значення, обумовлене їх значним поширенням, труднощами діагностики та лікування, великим відсотком тимчасової непрацездатності хворих (посідають перше місце) та ранньої і частої (друге місце) їх інвалідизації.

Діагностика РХ, особливо в ранньому періоді, до цього часу викликає у лікарів різних фахів великі труднощі, про що свідчать численні діагностичні помилки, основною причиною яких, як свідчать наші багаторічні (понад 45 років) клінічні спостереження, є недостатня обізнаність лікарів різних фахів з клінікою та діагностичними критеріями РХ. Окрім того, серед причин діагностичних помилок слід відзначити відсутність специфічних лабораторно-інструментальних тестів, поліморфізм і схожість клінічних проявів багатьох РХ, малу їх вираженість на ранніх етапах, наявність перехресних синдромів між РХ.

В той же час в існуючих навчальних програмах вищих медичних навчальних закладів виділено дуже малу кількість годин для ознайомлення з РХ, зокрема в програмі для студентів 6 курсу пропонується лише вивчення суглобового синдрому.

Дещо більше часу (31 година) передбачено для вивчення питань ревматології Типовим навчальним планом і програмою з інтернатури. Однак і цього часу замало, оскільки навіть з основними РХ за цей час ознайомитись неможливо. Так, програмою передбачено лише 2 години для вивчення системного червоного вовчака та системних васкулітів, ще 2 години – для системної склеродермії, дерматомиозиту, паранеопластичних артропатій. І це в той час, коли системні васкуліти налічують близько 20 нозологічних форм, а склеродермічна група хвороб, до якої належить системна склеродермія, налічує 10 самостійних захворювань, що мають певні особливості етіопатогенезу, клініки та перебігу. Слід відзначити також тісний взаємозв'язок РХ і паранеопластичних станів, які можуть проявлятися клінічною симптоматикою 14 РХ. Як свідчать наші спостереження, можливе також поєднання злоякісних пухлин з розвитком різних РХ, зокрема ревматоїдного артриту, системної склеродермії, системного червоного вовчака, системних васкулітів, синдрому Шегрена.

Окрім основних РХ, існує також безліч так званих окремих синдромів і рідких захворювань, які мають свої особливості клініки та перебігу. І, як свідчить

наш досвід, ці захворювання доволі часто зустрічаються в повсякденній діяльності лікарів.

Така різноманітність РХ та їх клінічних проявів, а також відсутність специфічних лабораторно-інструментальних тестів і обумовлюють великий відсоток діагностичних помилок, що в кінцевому підсумку значно погіршує перебіг захворювань і їх подальший прогноз, про що свідчать також наші клінічні спостереження великої групи хворих. Так, проведений нами аналіз еволюції діагнозу у 418 хворих на достовірну системну склеродермію показав, що при первинному зверненні хворих до лікаря правильний діагноз було встановлено лише у 3% пацієнтів, у яких початковою ознакою хвороби було ураження шкіри, з приводу чого вони звернулись до дерматолога. Як правило, від початку появи перших ознак системної склеродермії до встановлення правильного діагнозу минало від декількох місяців до 10-15 років і більше, хоч за цей час хворі неодноразово оглядалися терапевтами, хірургами, невропатологами та іншими фахівцями.

Таким чином, сучасний стан діагностики та лікування РХ безсумнівно потребує певного покращання якості підготовки майбутніх лікарів. Це в повній мірі стосується і лікарів-інтернів, які повинні більш детально вивчати питання ревматології, незалежно від обраного ними фаху.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ»

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

Вступ. На сьогодні суспільство потребує значного покращення якості надання медичної допомоги та максимального наближення її до світових стандартів. Підвищення якості медичної допомоги населенню – основне завдання, що стоїть перед медичною наукою і практичною охороною здоров'я. У сучасному суспільстві практично жодна сфера людської діяльності, у тому числі й медицина, не залишається осторонь від застосування засобів інформаційних технологій. Забезпечення комп'ютерної та інформаційної грамотності населення є реалізацією однієї із стратегічних цілей Закону України «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки» [1]. 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.

Основна частина. Метою Державної програми з підготовки спеціалістів є підвищення якості, доступність та конкурентоспроможність національної освіти та науки на світовому ринку праці та освітянських послуг, а також створення умов для безперервного навчання громадян протягом усього життя [1]. Однією з умов для стабільного функціонування галузі є достатнє забезпечення кваліфікованими кадрами, які б мали рівень підготовки, що відповідає сучасному розвитку суспільства та базується на принципах доказової медицини. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України №1074 від 03.12.2010 «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів» клінічні кафедри розміщують на базах провідних закладів охорони здоров'я, де навчання проводиться в умовах майбутньої професійної діяльності [2].

Кафедра дерматології, венерології та СНІДу бере участь у підготовці лікарів-інтернів за фахом «Дерматовенерологія». Базою кафедри є міський клінічний шкірно-венерологічний диспансер (МКШВД) №5, який визначено й затверджено наказом Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації [3]. До складу МКШВД №5 входять міський патронажний центр, диспансерне та стаціонарне відділення, клініко-діагностична та централізована серологічна лабораторії. Стаціонар містить дерматологічне та венерологічне відділення. До складу диспансерного відділення входять дерматологічні та венерологічні (жіночі та чоловічі) кабінети, кабінет ультразвукового дослідження, косметологічний кабінет. Лабораторна служба складається з клінічної, бактеріологічної, мікологічної та серологічної лабораторій. Така різноспрямованість лікувального закладу забезпечує навчання лікарів-інтернів за всіма розділами навчальної програми.

З метою розширення теоретичних знань та практичних навичок лікарів-інтернів на кафедрі використовуються різні форми навчання: лекції, семінари, практичні заняття, участь у реферативних конференціях, обходах професора, самостійна робота над монографіями та фаховою періодичною літературою, підготовка та виступи з інформацією про нові лікарські препарати, нові інструментальні методи обстеження та лікування.

Сучасна підготовка фахівців передбачає обов'язкове використання інформаційних та телекомунікаційних технологій [4]. Використання Інтернету забезпечує вільний доступ до інформаційних ресурсів, баз даних різних навчальних дисциплін і довідників. У роботі з лікарями-інтернами на кафедрі використовуються мультимедійні та інтерактивні засоби навчання, що дозволяє використовувати в освітньому процесі сучасні комп'ютерні технології (електронні підручники, книги, атласи, презентації, фільми, тестові завдання тощо). Мультимедійні технології є максимально інформативними, мобільними та компактними як для викладача, так і для лікаря-інтерна. Вони дозволяють навчатися дистанційно, використовуючи різноманітні носії інформації (CD, DVD - диски, флеш-карти). Комп'ютерне тестування використовується для підготовки до іспиту «Крок-3», «ЕІех», при визначенні початкового і кінцевого рівня знань, під час проведення поточного контролю, при самоконтролі й самопідготовці лікарів-інтернів. Використання інноваційних технологій має велике значення: лікарі-інтерни мають можливість знати сайти іноземних медичних товариств, сайти МОЗ, мати Кокранівську базу та користуватися цими даними.

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

Метою будь-якої освіти є розкриття творчого потенціалу та можливостей самореалізації кожної особистості. Одним із шляхів самореалізації лікарів-інтернів є індивідуалізація навчання. Викладач повинен навчити на підставі збору скарг, анамнезу, огляду та аналізу результатів додаткових методів обстеження грамотно обґрунтувати й сформулювати діагноз, скласти план обстеження, провести диференційну діагностику й призначити лікування. Велике значення для майбу-

тнього лікаря-дерматовенеролога має вміння застосовувати знання з психології, етики та деонтології при збиранні анамнезу, проведенні клінічного обстеження, призначенні терапії, визначенні та здійсненні необхідних профілактичних заходів у хворих з дерматологічними та венеричними захворюваннями.

Слід зазначити, що організація практичної підготовки лікарів-інтернів потребує особливої уваги, оскільки випускники вищих навчальних закладів, маючи достатню теоретичну основу, відчують дефіцит практичних навичок лікарської діяльності. Саме тому робота з оволодіння та удосконалення практичних навичок під час навчання в інтернатурі є невід'ємною й актуальною частиною підготовки лікаря-спеціаліста-практика. Керівництво ж цією роботою повинно здійснюватись як викладачами кафедри під час навчання лікарів-інтернів на очному циклі, так і базовими керівниками заочного циклу інтернатури.

Висновки. Безперервний процес удосконалення знань та умінь інтернів в умовах стрімкого прогресу сучасних технологій робить важливими заходи щодо подальшого вдосконалення післядипломної освіти. Підготовка лікарів-інтернів повинна базуватися на розумному поєднанні використання сучасних педагогічних, інформаційних та телекомунікаційних технологій і традиційних методів навчання, зберігаючи й примножуючи все краще, що було закладено у вітчизняній медичній освіті. Використання сучасних технологій навчання дозволить об'єктивно оцінювати рівень підготовки та здібностей кожного лікаря-інтерна і дати рекомендації щодо подальшої його роботи в практичній охороні здоров'я.

Література

1. Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки: Закон України // ВВР України. - 2007. – С.102.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1074 від 03.12.2010 «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів».
3. 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.
4. 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.

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

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

Вступ. Якісна медична допомога населенню є показником наявності достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Зміни у вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір потребують нових підходів до підготовки лікарів-інтернів. 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 [1].

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

На нашу думку, головна мета підготовки лікарів-інтернів може бути сформульована як набуття знань, професійних умінь та навичок, необхідних для роботи лікаря. Саме цій головній меті підпорядковані і організація навчального процесу, і методи контролю за ефективністю навчання в інтернатурі на нашій кафедрі.

Підготовка лікарів-інтернів проводиться згідно з типовим навчальним планом та програмою інтернатури [2]. Типовим навчальним планом підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Дерматовенерологія» протягом 18 місяців інтернатури передбачено: 8 місяців навчання на кафедрі дерматовенерології та суміжних кафедрах (1248 год.) і 9 місяців стажування на базі стажування (1404 год.). Загально відомим є факт, що дерматовенерологія як дисципліна поділяється на такі базові модулі: неінфекційні хвороби шкіри (псоріаз, параспоріаз, екзема, atopічний дерматит, червоний плесканий лишай), інфекційні та паразитарні хвороби шкіри (туберкульоз шкіри, лепра, мікроспороз, трихофітоз, короста, вошивість), захворювання, які передаються переважно статевим шляхом (сифіліс, гонорея та негонорейні хвороби сечостатевих органів: уrogenітальний трихомоноз, хламідіоз, уреapлазмоз, гарднерельоз). Така специфіка навчальної дисципліни потребує спеціалізованої клінічної профільної бази. Клінічною базою кафедри дерматології, венерології та СНІДу є міський клінічний шкірно-венерологічний диспансер (МКШВД) №5, який визначено і затверджено наказом Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації [3]. До складу МКШВД №5 входять міський патронажний центр, диспансерне та стаціонарне відділення, клініко-діагностична та централізована серологічна лабораторії. Стаціонар містить дерматологічне та венерологічне відділення. До складу диспансерного відділення входять дерматологічні та венерологічні (жіночі та чоловічі) кабінети, кабінет ультразвукового дослідження, косметологічний кабінет. Лабораторна служба складається з клінічної, бактеріологічної, мікологічної та серологічної лабораторій. Така різноспрямованість лікувального закладу надає унікальну можливість для проведення навчального процесу на етапі інтернатури й забезпечує навчання лікарів-інтернів за всіма розділами навчальної програми. Значення роботи з удосконалення практичних навичок суттєво зростає під час очного циклу інтернатури. Практична частина підготовки дає можливість у ролі помічника лікаря брати участь у лікувальному процесі, побачити та відчути, як проводиться діагностика та лікування хворих у закладах охорони здоров'я.

На етапі спеціалізації лікарів-інтернів за фахом «Дерматовенерологія» важливого значення набуває покращення та удосконалення практичної підготовки, удосконалення нових знань та умінь. Для цього є важливим урізноманітнення методів та засобів навчання при проведенні практичних занять з лікарями-інтернами. Важливе значення має процес удосконалення методичного забезпе-

чення 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 [3]. Використання Інтернету забезпечує вільний доступ до інформаційних ресурсів, баз даних різних навчальних дисциплін і довідників.

У роботі з лікарями-інтернами на кафедрі використовуються мультимедійні та інтерактивні засоби навчання, що дозволяє використовувати в освітньому процесі сучасні комп'ютерні технології (електронні підручники, книги, атласи, презентації, фільми, тестові завдання тощо). Комп'ютерне тестування застосовується не тільки для підготовки до іспиту «Крок-3», «Еlex», а й при визначенні початкового й кінцевого рівня знань, у проведенні поточного контролю, при самоконтролі й самопідготовці лікарів-інтернів. Останнім часом у процесі навчання лікарів-інтернів на кафедрі знайшли широке застосування інноваційні освітні технології, а саме: ділові ігри, кейсове, проектне, модульне, інтерактивне навчання, які спираються не тільки на пам'ять і увагу, а й на творче, продуктивне мислення, поведінку і спілкування. У процесі таких занять лікарі-інтерни вчаться спілкуватися, взаємодіяти, критично мислити, вирішувати складні проблеми на основі аналізу конкретних ситуацій.

Під контролем викладачів, інтерни можуть залучатися до проведення наукових досліджень на основі принципів доказової медицини як найбільш сучасного підходу до оцінювання ефективності діагностичних засобів та медикаментозної терапії. При проведенні досліджень слід віддавати перевагу сучасним методам клініко-лабораторної діагностики та неінвазивним дослідженням.

Таким чином, головним орієнтиром у сфері покращення навчального процесу, на нашу думку, може бути реальна інтеграція практичної діяльності лікарів-інтернів, наукових досліджень та інноваційних розробок.

Висновки. Ми вважаємо, що безперервний процес удосконалення знань та вмінь лікаря-інтерна зможе забезпечити якісну підготовку фахівців у майбутньому. 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. Особливості навчання в інтернатурі диктують необхідність постійного відновлення різноманітних форм та методів вищої освіти в Україні, що дозволило б максимально наблизити підготовку лікарів-інтернів-дерматовенерологів до міжнародних стандартів.

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 Харківському національному медичному університеті: наук.-метод. конференція, присвячена 210-й річниці ХНМУ. – Харків, 2015. – С.3
2. Типовий навчальний план і програма інтернатури випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «Дерматовенерологія», Київ, 2011.-25с.

3. 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 ПІДГОТОВКУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ
«ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА» НА СУМІЖНОМУ ЦИКЛІ
«ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ
ТА ХВОРОБ ШКІРИ»**

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

Вступ. Сучасний етап розвитку суспільства характеризується стрімкими темпами модернізації у вищій освіті. Лабораторна діагностика як напрямок медичної діяльності є одним з пріоритетних і таких, що постійно розвивається в нашій державі та за кордоном. Соціально-економічна ситуація в Україні потребує перегляду традиційного погляду на підготовку спеціаліста для лабораторної служби. Вивчення попиту на відповідному ринку праці, світовий досвід підготовки фахівців з лабораторної діагностики, процеси, що пов'язані з модернізацією матеріально-технічної бази клініко-діагностичних, бактеріологічних, цитологічних лабораторій закладів охорони здоров'я України, впровадження в медичну практику нових методів та методик діагностики захворювань, які базуються на сучасних досягненнях науки й техніки, свідчать про потребу у фахівцях, які мають певний рівень кваліфікацій лікаря-клініциста та фахівця клініко-діагностичної лабораторії [1].

Основна частина. Клінічна лабораторна діагностика (лабораторна медицина) є однією з найважливіших складових системи охорони здоров'я, яка забезпечує надання діагностичної допомоги пацієнтам при оцінюванні стану здоров'я, діагностиці захворювань, моніторингу результатів лікування, подальшому прогнозі перебігу хвороби, що має загальнодержавне значення щодо збереження та покращення здоров'я населення, а також зменшення захворюваності та смертності. Основним завданням клінічної лабораторної діагностики є отримання даних про стан здоров'я окремо взятого пацієнта, видокремленої групи або населення регіону в цілому [2].

З'явилися та активно розвиваються нові діагностичні напрямки та лабораторні технології, такі як молекулярна діагностика, що базується на полімеразній ланцюговій реакції, імунофенотипування на основі проточної цитометрії, започатковано автоматизацію бактеріологічних досліджень, активно розвивається в регіонах лабораторна діагностика TORCH- інфекцій, вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекції, що базується на імуноферментному та хемолюмінісцентному аналізі [3].

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

Крім основного курсу, лікарям-інтернам за фахом «Лабораторна діагностика» викладають окремі теми суміжних спеціальностей та додаткові програми. Так

формується знання про патологію організму в цілому, що дає можливість лікарю-лаборанту орієнтуватися в будь-якому розділі медицини. Поступово складається клініко-лабораторне мислення, завдяки якому лікар-лаборант стане консультантом лікаря з питань лабораторної діагностики.

Ураховуючи високі вимоги до фахівців клінічної лабораторної діагностики, наша кафедра приділяє велику увагу підготовці нових кадрів. До навчального плану підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» за додатковою програмою «Лабораторна діагностика венеричних хвороб та хвороб шкіри» включено такі розділи, як «Лабораторна діагностика піодермій, мікозів, вірусних захворювань дерматозоонозів, захворювань, що передаються переважно статевим шляхом». На практичних заняттях велика увага приділяється питанням етіології, патогенезу, епідеміології та особливостям перебігу цих захворювань на сучасному етапі. Вивчаються методи дослідження (мікроскопічні, культуральні, люмінесцентні, імунологічні, молекулярно-біологічні), методики взяття патологічного матеріалу й підготовка його до дослідження. Значне місце посідає лабораторна діагностика корости, педикульозу, демодекозу, грибкових захворювань, піодермій. Особливе місце відводиться лабораторній діагностиці гонореї та негонококових уретритів (трихомоніазу, хламідіозу, уреоплазмозу, мікоплазмозу, гарднерельозу), набутого та вродженого сифілісу (мікроскопія блідої трепонеми в темному полі зору; серологічна реакції - КСР, ІФА, РПГА, РІФ, РІБТ; молекулярно-біологічна діагностика – ПЛР).

Базою кафедри є міський клінічний шкірно-венерологічний диспансер №5, який визначено і 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. Практичні заняття проводяться в навчальних кімнатах і в добре обладнаних лабораторіях міського клінічного шкірно-венерологічного диспансеру №5, де лікарі-інтерни опановують сучасні методи діагностики, навички самостійного вивчення необхідного обсягу й набору діагностичних заходів, що використовуються в медичній практиці.

Лікарі-інтерни повинні вміти складати алгоритм лабораторного обстеження венеричних хвороб та заразних шкірних хвороб, самостійно інтерпретувати результати клініко-лабораторних досліджень та оформлювати медичну документацію.

Сучасна підготовка фахівців передбачає обов'язкове використання інформаційних та телекомунікаційних технологій. На заняттях широко використовуються комп'ютерні технології, мультимедійні та інтерактивні засоби навчання (електронні підручники, книги, атласи, презентації, фільми, тестові завдання тощо). Після закінчення навчання лікарі-інтерни складають залік.

Висновок. Безперервний процес удосконалення знань та вмінь лікаря-інтерна за фахом «Лабораторна діагностика» в умовах стрімкого прогресу новітніх медичних технологій робить дуже важливими заходи щодо покращення якості освіти. Теоретичні знання в поєднанні з набутими практичними навичками, на наш погляд, дозволяють готувати фахівців, які відповідають сучасним вимогам. Такі фахівці – лікарі лабораторної діагностики - зможуть приймати правильні рішення при виборі адекватних лабораторних тестів, домагатися надійних результатів досліджень, усувати можливі помилки аналізів і запобігати їм, а також змо-

жуть допомогти клініцистам в інтерпретації отриманих результатів, що, безумовно, сприятиме поліпшенню діагностичного процесу.

Література

1. Черних В.П. До питання підготовки магістра з лабораторної діагностики./В.П.Черних, І.С.Грищенко, О.І.Залюбовська[та ін.]//Медична освіта.-2012.-№3(додаток). –С.198-199
2. Залюбовская О.И., Литвинова О.Н., Киреев И.В., Зленко В.В, Карабут Л.В. Клиническая лабораторная диагностика:курс лекций. – Харьков: Из-во НфаУ. 2008.- 175 с.
3. Наказ МОЗ України №696 від 18.08. 2010 «Про затвердження Концепції управління якістю клінічних лабораторних досліджень на період до 2015 року».
4. Програма та навчальний план спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації за фахом «Лабораторна діагностика». Київ.,- 2011. – 25 с.
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 201 2 р. – Харків, 2012. – С. 7-9.

СИМУЛЯЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ – ІНТЕРНІВ

Дубівська С.С., Бітчук М.Д., Науменко В.О.

Активне впровадження сучасних медичних технологій в практику охорони здоров'я, підвищення вимог до професійної компетентності медичних працівників визначають необхідність посилення практичного аспекту підготовки фахівців. Високі ризики ускладнень при виконанні медичних маніпуляцій, обмеження правового та етичного характеру роблять симуляційні технології навчання одними з найважливіших в процесі професійної медичної освіти. Медична послуга, яка повинна надаватися на професійному рівні, завжди є пріоритетом для навчання.

В ході ведення пацієнтів необхідні специфічні, професійно спрямовані, і неспецифічні, загальні, вміння. Від розвиненості загальних вмінь безпосередньо залежать швидкість і якість оволодіння цілим рядом спеціальних вмінь. Велику роль відіграють особистісні якості лікаря: можливість безпечної праці, лідерства, управління часом, ведення документації, навчання інших колег і пацієнта, адміністративні вміння. Для формування як спеціальних, так і неспеціальних умінь може успішно застосовуватися моделювання.

Ця форма навчання є сучасним прототипом попередніх форм - протягом багатьох століть медици застосовують "навчальні" операції на трупах або з використанням тварин. Використання імітаційних навчання почалося ще в другій половині минулого століття в тих галузях, де помилки при навчанні на реальних об'єктах можуть призвести до трагічних наслідків. Основним методом при навчанні практичним навичкам і вмінням широко використовувався метод наставництва. У медицині симуляційні навчання згадується вже в XVIII столітті з моменту винаходу Мадам де Кудрі (Франція) фантома пологів.

В сучасних умовах складності із залученням пацієнтів виникають навіть при освоєнні нових діагностичних навичок. Помилки, допущені при тренуваннях, не становлять загрози для життя і здоров'я реального пацієнта, а маніпуляції можуть

бути повторені стільки раз, скільки потрібно. Також грає ролі «людський фактор», так як лікарі не завжди готові застосувати отримані знання в реальній обстановці.

У останньому роки у всьому світі використання імітаційних технологій при підготовці медичних фахівців стало звичайною практикою. Тренінгові центри, де проходить значна частина практичних занять, є не тільки в кожному медичному університеті, а й у багатьох клініках.

Пріоритетами навчання на сучасному етапі є потреба у володінні широким спектром професійних умінь, конкуренція на ринку праці.

Найбільш явні переваги навчання в симуляційних центрах:

- можливість створити ситуації із заданими параметрами і ставити структуровані, поетапно виконувані завдання;
- при здійсненні помилок відсутня небезпека для пацієнта і для персоналу;
- можливість вивчення рідкісної патології, станів, втручань;
- немає стресу ні для лікаря, ні для пацієнта;
- можливе повне віддання студента, лікаря-інтерна у виконання завдання, осмислення дій.

У Харківському національному медичному університеті є Навчально – науковий інститут якості освіти є симуляційний центр в якому розташовані „віртуальні клініки” за основними напрямками „хірургія”, „акушерство та гінекологія”, „педіатрія”, „медицина невідкладних станів”, „терапія”.

Практична реалізація стимуляційного навчання проходить вже багато років у ХНМУ, зокрема, при вивченні «Невідкладних станів» для студентів усіх факультетів по напрямкам «анестезіологія та інтенсивна терапія», «терапія», «хірургія», «педіатрія», «гінекологія». Оцінювання якості практичного навчання, крім стаціонарних умов, проходить і на практичній частині комплексних випускних іспитів на лікаря у студентів шостого курсу в фантомному класі.

Оснащення центру до екзамену відображають нормальний або патологічний стан, можуть бути розбірними або складовими.

Мета використання - відпрацювання навичок, що дозволяють багаторазово проводити маніпуляції, - моделі кінцівок (для венепункції), шкіри, судин і кишечника (для проведення первинної хірургічної обробки, накладення швів і анастомозів), промежини (проведення епізіотомії), органів шиї (для догляду за трахеостомою) , молочних залоз (для пальпації), органів таза (для навчання вагінального і ректального пальцевого дослідження, катетеризації сечового міхура, постановки клізми та інше), грудна клітка (проведення заходів легенево - серцево – мозкової реанімації) і інше. Набори для відпрацювання техніки деяких оперативних втручань (для проведення біопсії, лапароскопії, моделювання патологічних родів та інші).

Важливо виділити основні моменти, на які слід звертати увагу при навчанні кожного студента і лікаря - інтерна: професійність, пристосовність, міжособистісні відносини і спілкування, командне керівництво і координація дій, контроль виконання дій, критична оцінка результатів, володіння ситуацією та прийняття рішень.

Дана форма навчання дозволяє уніфікувати вимоги до професійної підготовки медичних працівників кожної спеціальності, що передбачає володіння певними вміннями, необхідними для виконання стандартів медичної допомоги та забезпечення належного рівня безпеки пацієнта.

Звичайно, будь-які симуляційні центри не замінюють клінічну практику, а умови будь-якого моделювання мають відмінності від реальної ситуації, але, даючи можливість для постійної і безпечної тренування медичних працівників, ці технології можуть значно підвищити рівень їх підготовки. Це відіб'ється на якості наданої медичної допомоги, скоротить число помилок при діагностиці та лікуванні пацієнтів і знизить ризики медичного закладу.

Висновок. Утворення та розширення симуляційних центрів навчання студентів та лікарів інтернів є головним напрямком модернізації системи охорони здоров'я, підвищить професійний рівень та якість підготовки майбутніх лікарів.

При впровадженні стимуляційних методів в навчанні, необхідно враховувати ряд труднощів, першочергово, необхідність постійної технічної підтримки даного обладнання, пов'язано з високою вартістю технічного обслуговування та оновлення обладнання.

Симуляційне навчання є доповненням до стандартних форм навчання, воно поліпшує ефективність та якість надання кваліфікованої медичної допомоги.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. — Тернопіль: Навчальна книга; Богдан, 2004. — 384 с.
2. Гронлунд Н.Е. Оцінювання студентської успішності: практичний посібник / Н.Е. Гронлунд. — К.: Навчально-методичний центр «Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2005. — 312 с.
3. Коньков Д. Люди та манекени. Симуляційне навчання / Д. Коньков, Г. Наумовець, Н. Рябцева // З турботою про жінку. — 2014. — № 9(57). — С. 23-25.
4. Підгірний Я.М. Організація навчального процесу викладання дисципліни «Екстрена і невідкладна медична допомога» на кафедрі анестезіології та інтенсивної терапії для студентів 5-го курсу / Я.М. Підгірний, О.В. Іванюшко, Н.В. Матолінець // Медицина неотложных состояний. — 2014. — № 6(61). — С. 149-151.
5. Симуляционное обучение в медицине / Под ред. проф. Свистунова А.А. / Сост. Горшков М.Д. — М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. — 288 с., ил.
6. Створення симуляційного центру: засади та керівні настанови. Досвід Програми «Здоров'я матері та дитини»: Посібник. — К.: Вістка, 2015. — 56 с.
7. Шубина Л.Б. Развитие медицинского образования в условиях инновационной экономики / Л.Б. Шубина, М.А. Мещерякова, Н.Н. Камынина // Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. — № 1(13). — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/182/30/lang,ru>
8. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 // Resuscitation. — 2010. — Vol. 81, № 10. — P. 1219-1452.
9. Impact of intrapartum simulation-based training on clinical knowledge, technical and non-technical skills. Thesis by Ana Reynolds (Saraiva). — University of Porto, 2012. — URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/75206>.

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ВЕБ-ТЕХНОЛОГІЙ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №3 В БЕЗПЕРЕРВНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Журавльова Л.В., Лопіна Н.А., Лахно О.В., Цівенко О.І.

Вступ. Постійне підвищення кваліфікації, збереження конкурентоспроможності в сучасній медичній освіті, сьогодні, багато в чому реалізується завдяки інноваційним веб-технологіям [3].

Упровадження в освітній процес інформаційно-освітніх технологій сприяє безперервному підвищенню кваліфікації лікаря фактично на робочому місці, без відриву від основної діяльності, що складає основу проблемної, практично-орієнтованої підготовки лікарів-інтернів, спрямованої на покращення теоретичних і практичних навичок і сприяє поглибленню знань за обраною спеціальністю, обміну досвідом між колегами [2].

Мета. Удосконалити навчання лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини №3 Харківського національного медичного університету за допомогою використання сучасних інформаційно-освітніх веб-технологій у навчальному процесі у поєднанні з традиційними формами.

Основна частина. Для реалізації безперервної післядипломної підготовки фахівців згідно Закону України "Про вищу освіту" колективом кафедри було розроблено сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 Харківського національного медичного університету (<http://vnmed3.kharkiv.ua/>) [1]. На сайті представлені матеріали для широкого кола фахівців із внутрішніх хвороб - кардіологів, ендокринологів, ревматологів, пульмонологів, гастроентерологів. На нашу думку, структура сучасного інформаційно-освітнього сайту клінічної кафедри медичного університету для реалізації безперервного фахового розвитку лікарів-інтернів може поєднувати: розклад, стрічку новин, електронну бібліотеку публікацій, сервіс для проведення вебінарів, медіатеку (відеолекції, презентації), засоби мережевого тестування і контролю знань, інтерактивні навчальні системи, каталог освітніх матеріалів для конкретної цільової аудиторії, систему доступу до зовнішніх медичних веб-ресурсів (посилання), медичні он-лайн кулькулятори, систему дистанційного навчання (наприклад Moodle).

Розклад, стрічка новин містить інформацію про майбутні конференції і заходи, що проводяться, з основних проблем внутрішньої медицини у відповідності зі спеціалізованими рубриками внутрішньої медицини, які оновлюються на блозі.

Електронна бібліотека публікацій представлена щорічно оновлюваними матеріалами: навчальні та методичні посібники, статті за спеціалізованими рубриками.

На сайті кафедри встановлений сервіс для проведення вебінарів, які широко застосовуються для підвищення рівня знань і викликають собою особливий інтерес для післядипломної медичної освіти, тому що лікар-інтерн отримує можливість, не перериваючи лікувальну діяльність, підвищувати свою кваліфікацію, а лікарі - спілкуватися з колегами, обмінюватися досвідом.

Медіатека (відеолекції, презентації) дозволяє лікарям-інтернам знайомитися з освітнім наочним матеріалом у зручному для них темпі, що значно підвищує якість освіти. На сайті кафедри представлені відеолекції, презентації щодо основних проблем внутрішньої медицини, які транслуються як з сайту кафедри, так і з каналів, розміщених в Youtube. Особливо ефективним, з нашої точки зору, є об'єднання в межах однієї веб-сторінки на сайті кафедри проблемної статті з презентацією/відеолекцією, яка наочно візуалізує поданий у статті матеріал, завдяки чому лікар-інтерн, має можливість вибрати для себе зручну форму ознайомлення з навчальним матеріалом, (огляд презентації та при необхідності більш детальне і

поглиблене ознайомлення), прочитання статті, що безумовно, економить як час, так і підвищує якість засвоєння матеріалу (як наприклад - стаття і презентація на тему «Серцево-судинні захворювання у спортсменів» - http://vnmed3.kharkiv.ua/?page_id=6592 і «Спонтанна диссекція коронарних артерій у практиці кардіолога» - http://vnmed3.kharkiv.ua/?page_id=6574).

Засоби мережевого тестування і контролю знань. На сайті кафедри внутрішньої медицини №3 представлені тести за деякими розділами внутрішньої медицини. Тестові завдання представлені як для контролю знань лікарів-інтернів, так і в межах післядипломної медичної освіти з можливістю розсилки результатів на електронну пошту.

Інтерактивні навчальні системи на сайті кафедри представлені дистанційними курсами з можливістю послідовного освоєння матеріалу за темами всередині курсу з контролем знань шляхом проведення тестування всередині курсу після кожної теми.

Каталог освітніх матеріалів для конкретної цільової аудиторії (студенти, лікарі-інтерни, лікарі). На сайті розміщені клінічні протоколи та рекомендації, відеолекції і презентації, статті з основних розділів внутрішньої медицини, база клінічних випадків з можливістю коментування, створено архів електрокардіограм. Також на блозі кафедри представлені освітні матеріали за основними нозологіями внутрішньої медицини.

Сайт кафедри внутрішньої медицини №3 Харківського медичного університету працює вже більше двох років. За цей час викладачі, лікарі-інтерни, лікарі, студенти та пацієнти зуміли скористатися його можливостями. З моменту заснування сайт відвідало близько 24 тисяч унікальних відвідувачів, що здійснили понад 43 тисячі підключень до сайту та переглянули понад 182 тисячі веб-сторінок. Більшість відвідувачів сайту проживають в Україні, Росії, Сполучених Штатах Америки, Білорусії, Казахстані, Великобританії. Згідно з даними статистики Google Analytics, встановленої на сайті, найбільш цікавими для лікарів-інтернів є сторінки з клінічними протоколами та рекомендаціями, а також медичними онлайн калькуляторами, що значно полегшують повсякденну діяльність лікаря.

Висновки. Особливість розробленого сайту в його динамічності, постійному оновленні навчальних матеріалів, рекомендацій та клінічних протоколів з усіх спеціальностей внутрішньої медицини, систематизації та наочності учбових матеріалів, взаємодії з усіма учасниками освітнього процесу, інтеграції сайту із соціальними мережами робить процес навчання більш ефективним. Слід зазначити, що сайт у цілому, та представлені учбові матеріали, зокрема, адаптовані під відображення інформації на різноманітних пристроях, у тому числі на планшетах, телефонах, що робить навчання більш мобільним, сучасним, інноваційним.

Таким чином, використання сучасних інформаційно-освітніх веб-технологій на кафедрі внутрішньої медицини №3 в навчальному процесі в поєднанні до традиційних форм дозволяє підвищити якість освіти й надає перевагу для безперервного професійного розвитку і підвищення кваліфікації лікарів-інтернів.

Література

1. Журавлёва Л.В., Лопина Н.А. Информационно-образовательное пространство в работе клинической кафедры в контексте реализации непрерывного медицинского образования: метод. реком./ сост. Л.В. Журавлева, Н.А. Лопина. – Харьков: ХНМУ, 2015. – 36 с.

2. Кухаренко В.М. Розвиток дистанційного навчання на сучасному етапі. - Науковий вістник Національної академії статистики, обліку та аудиту. Зб. наук. праць – №2. – 2012. – с. 117 –121.
3. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу: документи і матеріали. Травень – грудень 2004 р. – Частина 2 / під ред. М.Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш та ін – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2004.– 202 с. Авторська довідка: д.м.н., професор Журавльова Лариса Володимирівна, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3, тел.моб. +380-400-21-95. E-mail: l.zhuravlyova@mail.ru

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ЗА ФАХОМ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ» НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №3

Журавльова Л.В., Цивенко О.І., Лахно О.В.

Вступ. Професійна підготовка фахівців медичної галузі в Україні на порозі ХХІ століття здійснюється за освітньо-професійною та професійною програмами згідно освітньо-кваліфікаційних рівнів, як молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст, магістр [1].

У Державній національній програмі «Освіта: Україна ХХІ століття» зазначено, що «З перетворенням України на самостійну державна освіта стала власною справою українського народу. Динамізм, властивий сучасній цивілізації, зростання соціальної ролі особистості, гуманізація і демократизація суспільства, інтелектуалізація праці, швидка зміна техніки і технології в усьому світі - все це вимагає створення таких умов, при яких народ України став би нацією, яка постійно вчиться» [2].

Постійне підвищення професійних знань, удосконалення вмінь та навичок, оволодіння сучасними технологіями є основою для формування сучасного лікаря-спеціаліста. При навчанні магістрантів та лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини №3 ХНМУ використовують принципи, які дають можливість підготувати висококваліфікованих фахівців [3].

На кафедрі внутрішньої медицини №3 Харківського національного медичного університету (ХНМУ) навчання магістрів почалося з 1993 року, тому кафедральний колектив може з певністю поділитися досвідом підготовки магістрів за фахом «Внутрішні хвороби», оскільки має багатий досвід у навчанні магістрів медицини.

Мета роботи. Підвищення якості навчання магістрантів на кафедрі внутрішньої медицини №3 за фахом «Внутрішні хвороби».

Основна частина. Навчання в магістратурі на кафедрі внутрішньої медицини №3 ХНМУ здійснюється одночасно з проходженням інтернатури, тому кожний рік на кафедрі виконується план по підготовці магістрів медицини.

Навчаються магістранти, як і лікарі-інтерни в умовах багатопрофільної лікарні - комунальний заклад охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМД та МК»), яка розгорнута на 860 ліжок (39 відділень) і має у своєму складі підрозділи, які передбачені навчальним планом Міністерства охорони здоров'я та програмою з інтернатури. Базою кафедри є гастроентерологічне, кардіологічне, ревматологічне та ендокринологічне відділення. Крім того, магістри працюють, згідно плану, в інших відділеннях терапевтичного профілю КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМД та

МК»: пульмо - алергологічному відділенні з імунологічними ліжками, відділенні реабілітації хворих. Обласна клінічна лікарня стала методичним центром, де проводяться клініко-анатомічні конференції, Дні спеціалістів, у роботі яких беруть активну участь як співробітники кафедри, так і магістранти, лікарі-інтерни.

Основною формою навчання в магістратурі є підвищення наукового рівня та участь у науково-дослідній роботі з виконанням науково-кваліфікаційної роботи. На першому організаційному занятті магістрантів інформують про наукові напрямки кафедрального колективу, ефективність наукових розробок та їх досягнення. Під керівництвом завідувача кафедри доктора медичних наук, професора Журавльової Л.В. магістрант обирає собі тему наукової роботи та складає індивідуальний план навчання, у який входить вивчення наукової літератури, оволодіння новими методами інструментальних досліджень. Протягом року магістрант готує літературний огляд з обраної теми й проводить набір хворих, аналізуючи особливості клініки та перебігу захворювання. Позитивним моментом при виконанні науково-кваліфікаційної роботи магістрантів є і те, що не тільки обстеження хворих проводиться в багатопрофільній лікарні, яка оснащена сучасним лабораторно-інструментальним обладнанням, а і те, що на кафедрі внутрішньої медицини №3 є своя науково-дослідницька лабораторія, де магістранти самостійно проводять біохімічні, імунологічні дослідження з подальшим аналізом отриманих результатів. Отримані результати додаткових методів дослідження дають змогу магістрантові, проаналізувати їх та зробити власні висновки. Після завершення виконання науково-кваліфікаційної роботи магістрант захищає її на засіданні вченої ради факультету. Магістранти беруть активну участь у наукових та науково-практичних конференціях кафедри, університету та інших ВНЗ; республіканських, міжнародних конференціях, де виступають із доповідями, друкують наукові роботи та тези. Магістранти та лікарі-інтерни також беруть участь у проведенні щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю, яка присвячена коморбідній патології внутрішніх органів та цукрового діабету. Стала традиційною участь співробітників кафедри, магістрантів та лікарів-інтернів у проведенні міжвузівського заходу «Ніч науки».

Якісно здійснювати підготовку та самопідготовку магістрантам та лікарям-інтернам дає змогу створений на кафедрі сайт (www.vnmed3.kharkiv.ua), на якому розміщено весь необхідний навчально-методичний та науковий матеріал. За допомогою матеріалу, який розміщений на сайті кафедри, магістранти та лікарі-інтерни мають можливість спланувати свою роботу таким чином, щоб закріпити набуті теоретичні знання та практичні навички, оцінити результати сучасних додаткових методів обстеження, згідно з протоколами діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів. На сайті кафедри розміщено клінічні протоколи надання медичної допомоги та рекомендації, лекції, основна та допоміжна література, методичні посібники для практичних занять та самостійної роботи, база клінічних випадків з можливістю коментаріїв та обговорень, відео лекції, презентації тощо.

На кафедрі внутрішньої медицини №3 за останні роки магістранти та лікарі-інтерни одержали можливість використовувати нові методи й способи пошуку та опрацювання даних, використовувати комп'ютерні навчальні та контролюючі програми, підвищувати свою кваліфікацію через дистанційне навчання, викори-

стовувати для самоосвіти та свого професійного росту інформаційні ресурси комп'ютерних мереж.

Крім того, на кафедрі широко використовуються інноваційні засоби навчання, зокрема, мультимедіа - технології, які є максимально інформативними, мобільними та компактними, дають можливість для підготовки до іспиту «КРОК-3».

Значна увага при підготовці магістрантів та лікарів-інтернів приділяється питанням виховної роботи, етики та деонтології. Ставиться наголос на необхідності загальнокультурного вдосконалення. Тільки високодуховна, інтелігентна людина може стати справжнім лікарем-спеціалістом.

За цей час на кафедрі внутрішньої медицини №3 пройшли навчання в магістратурі та отримали наукове звання 18 магістрів медицини. Майже всі наші випускники продовжили свій науково-педагогічний шлях і на сьогоднішній день мають наукові ступені докторів та кандидатів медичних наук, звання професорів та доцентів.

Підготовка лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини №3 враховує всі напрямки підготовки молодого лікаря: професійний, загальнокультурний ріст, формування патріотизму, толерантності та любові до професії.

Висновок. Таким чином, навчання магістрантів на кафедрі внутрішньої медицини №3 за фахом «Внутрішні хвороби» здійснюється з використанням інноваційних технологій, оволодінням навичками роботи в мережі Інтернет, користуванням сайтом кафедри, використанням дистанційного навчання, що надає можливість всебічній підготовці магістрів для подальшої наукової та клінічної роботи в сучасних умовах.

Література

1. Вища медична освіта на сучасному етапі / В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець [та ін.] // Пробл. сучас. мед. науки та освіти. – 2008. – № 2. – С. 5-7.
2. Державна національна програма «Освіта» (Україна ХХІ століття). Київ: Рад. шк., 1994. 61 с.
3. Никоненко О. С. Впровадження сучасних форм організації навчання у практику післядипломної освіти / О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва // Мед. освіта. – 2011. – № 2. – С. 87–88.

ЕКОЛОГІЧНО НЕБЕЗПЕЧНІ ОБ'ЄКТИ В ХАРКІВСЬКІЙ ТА ІНШИХ ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ НЕСУТЬ ЗАГРОЗУ ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНІВ

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

В Україні, як і в багатьох регіонах світу відмічається значне зростання кількості надзвичайних станів (НС) викликаних стихійними лихами, аваріями, катастрофами та числа постраждалих. Зросли економічні та екологічні збитки.

З метою встановлення причин виникнення НС, їх особливостей та ефективності заходів по усуненню наслідків нами проаналізовані матеріали розслідувань НС в Харківській області на протязі останніх десятиліть. При цьому були використані матеріали санітарних обстежень, проведених нами сумісно з Держсанепідлужбою, літературні дані.

Харківська область входить в Східний регіон нашої країни, який за технологічним навантаженням не має аналогів у Європі, на території якої розташовано найбільше екологічно небезпечних об'єктів України. За видами небезпеки найбільшу кількість склали пожежонебезпечні, вибухонебезпечні та хімічно небезпечні об'єкти. Періодично на них виникають НС.

Радіаційно небезпечні НС виникли у 1972 р. в районі сіл Хрестище та Першотравневе Красноградського району та у 1977 р. у м. Харкові на спецкомбінаті «Радон». У першому випадку був використаний невдалий ядерний вибух для гасіння газової свердловини, а у другому випадку на спецкомбінаті «Радон» із-за руйнування інженерних бар'єрів були забруднені тритієм артезіанські води першого водоносного горизонту, максимальна активність якого у водоносному горизонті досягне в 2025 р. Водоносний горизонт захищений від другого водоносного горизонту шаром глини 10-12м. і залишається незабрудненим. Обидва водоносних горизонти для питного водопостачання в м. Харкові не використовуються. Постійний лабораторний контроль за радіаційною обстановкою в зонах радіаційних НС свідчить про ефективне проведення профілактичних заходів.

Вибухонебезпечний стан виник у 2008 р. в с. Катеринівка Лозівського району, коли в результаті пожежі на складах боєприпасів були зафіксовані вибухи боєприпасів, друзки яких розліталися на відстань до 5 км. З п'яти-кілометрової зони, в яку входили декілька сіл і м. Лозова було евакуйовано все населення, 168 особам надана медична допомога. Заходи по ліквідації наслідків пожежі та вибухів боєприпасів очолили керівники Міноборони, Кабінету Міністрів, голова Харківської держадміністрації, що дозволило в короткий термін стабілізувати ситуацію і відновити об'єкти, що зазнали руйнування.

Пожежа та вибухи на складах боєприпасів спричинили другий НС, який виник на складі застарілих ядохімікатів, що розміщені неподалік. В результаті вибухів була зруйнована покрівля складу. Під дією дощу, хімічної реакції з ядохімікатів утворилась токсична хмара, яка визвала захворювання серед населення с. Катеринівки. 39 хворим була надана медична допомога, біля двохсот дітей дитсадка і школи евакуйовано. Проблема повторних НС, пов'язаних зі складами ядохімікатів залишилась невирішеною, так як склад ядохімікатів не ліквідовано і не має власника.

Значною проблемою для Харківської області, як і для всієї держави є поводження з твердими та рідкими побутовими та промисловими відходами. В області зареєстровано декілька надзвичайних станів, що виникали в різні роки на полігонах захоронення твердих побутових відходів (ТБВ) та на спорудах очищення стічних вод. Прикладами такої проблеми був НС, що виник на Дергачівському полігоні ТБВ на якому відбулося загорання біогазу, накопичення фільтрату, який забруднив підземні водоносні горизонти, залишивши жителів с. Дергачі без питної води. Полігон був закритий, а поряд відкритий новий, але НС можуть виникнути в будь-який час, так як ложе його не було ізольовано, не проводиться необхідна ізоляція шарів відходів, не утилізується біогаз, одночасно з побутовими відходами складуються промислові відходи, не вирішується питання з відведенням фільтрату. Не проведена рекультивация старого полігону.

Постійна загроза виникнення НС існує на всіх каналізаційних спорудах області, які часто відключають від енергопостачання. Як приклад наводимо НС, що виник у 2005 р. на Диканівських очисних спорудах м. Харкова. В результаті силь-

них опадів були затоплені каналізаційний колектор, насосна станція, в якій погоріли унікальні електронасоси. Переповнення каналізаційного колектору призвело до підтоплення сумішшю стічних і дощових вод 6 районів міста. В підтоплених районах міста значна частина населення, лікувальні, харчові, оздоровчі та інші заклади залишилися на кулька днів без води і змушені були припинити свою роботу. В останні роки відключалися від енергопостачання каналізаційні споруди Балаклійського, Ізюмського, Чугуївського районів.

НС в області зумовлюють економічні збитки, порушуються нормальні умови життєдіяльності людей, погіршується стан навколишнього середовища, виникає загроза безпеці регіону.

При розслідуванні НС і катастроф нами встановлена відсутність планів ліквідації аварій на аварійнонебезпечних об'єктах, невідповідність персоналу у питаннях профілактики і реалізації заходів по їх локалізації. Найбільшу загрозу навколишньому середовищу і здоров'ю населення становлять полігони ТБВ та каналізаційні споруди, яким не приділяється достатньо уваги.

У зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я України необхідно відпрацювати порядок надання медичних послуг постраждалим при НС. Нинішня система охорони здоров'я в Україні, зокрема медицина катастроф є неспроможною для забезпечення медичних послуг при надзвичайних ситуаціях. Виникає необхідність відпрацювання цих питань у новій системі громадського здоров'я і можливостей використання лікарів-інтернів.

СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗАВДАННЯ ГІГІЄНИЧНИХ КАФЕДР

Завгородній І.В., Сидоренко М.О.

В 2012 р. Європейським регіональним Комітетом ВООЗ була прийнята нова європейська політика «Політика Здоров'я - 2020», яка схвалила Європейський план дій (ЄПД) по зміцненню потенціалу і служб громадського здоров'я. Зміцнення громадського здоров'я і орієнтованих на людину систем охорони здоров'я є одним із ведучих елементів реалізації політики Здоров'я – 2020.

Міністерством охорони здоров'я України 31 травня 2016 р. зареєстровано у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», який буде здійснювати функції із забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями та стратегічного управління з питань громадського здоров'я.

Діяльність Центру громадського здоров'я має забезпечити реалізацію десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я, серед яких: здійснення епіднагляду та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення, моніторинг та реагування на небезпеку для здоров'я, у тому числі при надзвичайних ситуаціях, забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я і благополуччя в галузі охорони здоров'я.

Центр громадського здоров'я планує приділити значну увагу системі епідемічного нагляду в Україні, а саме: попередженню і контролю над інфекційними хворобами (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, грип, поліомієліт, гепатити та інші), попере-

дження та контролю за неінфекційними хворобами, пропагування здорового способу життя, здійснення оцінки ризиків, лабораторних досліджень, прогнозування, матиме ресурси для реагування у випадку надзвичайних ситуацій.

Кафедрам гігієнічного профілю необхідно адаптувати методичні матеріали до концепції розвитку системи громадського здоров'я:

- оновити навчально-методичні матеріали для студентів та інтернів, зосередити увагу на питаннях оцінки здоров'я, в тому числі інтерпретації інтегрованих показників популяційного здоров'я, вжити заходи для покращення знань студентів з гігієни праці, токсикології та лабораторної діагностики екологічно зумовлених захворювань;

- зосередити увагу студентів на питаннях епідеміології неінфекційних захворювань, санітарно-гігієнічних нормативів харчування, впливу генетично модифікованих продуктів, біологічно активних речовин на організм людини, експертизи якості дитячого харчування, предметів дитячого обігу та вжитку, обґрунтування профілактичних заходів.

В ухваленій Урядом Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні закладені засади переорієнтації системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань.

Впроваджуючи концепцію громадського здоров'я передбачається змінити свідомість кожної людини. У зв'язку з чим посилюється роль санітарно-просвітницької роботи, зокрема з питань об'єктивної інформації про продукти харчування, повітря, води, медичні послуги, щоб зберегти здоров'я. Для сімейних лікарів передбачається система стимулів, щоб зацікавити їх проводити профілактичну роботу, агітувати за грудне вигодовування та проведення щеплень, відмову від паління та вживання алкоголю.

СИМУЛЯЦІЙНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1

Зайченко О.Є., Панченко Г.Ю., Яресько М.В.

Актуальною проблемою сучасної охорони здоров'я є підвищення рівня практичної майстерності медичних працівників [1,3].

Першим ступенем безперервної освіти лікаря є післядипломне навчання в інтернатурі. Інтернатура - перший рівень підвищення практичної підготовки фахівців, їх здатності до самостійної лікарської діяльності.

Метою професійної освіти лікаря-інтерна є підготовка кваліфікованого лікаря-фахівця, що володіє системою загальнокультурних і професійних компетенцій, здатного і готового до самостійної професійної діяльності в практичній охороні здоров'я. Сучасні умови діяльності лікаря - клініциста припускають глибоке освоєння практичних навичок. З огляду на це положення значна кількість часу відводиться на практичні заняття, з одночасним освоєнням сучасних теоретичних і практичних знань [1,3,5,6].

Щоб підготувати компетентного медичного фахівця, готового до самостійної роботи, необхідно комбінувати традиційні методи викладання з використанням інноваційних технологій. Лікар-початківець повинен освоїти базові навички ще до того, як зіткнеться з реальною роботою. Сучасну медичну освіту практично неможливо уявити без застосування імітаційних технологій. Зрозуміло, підготов-

ка кваліфікованого лікаря неможлива без контакту і спілкування з реальними пацієнтами, але все частіше безпека пацієнта і його благополуччя представляють фундаментальну етичну проблему [1,3]. Успішною альтернативою навчання на пацієнтах є симуляційний тренінг [2,4]. Симуляційні засоби навчання на сьогоднішній день мають досить велику історію. Але саме в останнє десятиліття відзначається зростання використання імітаційних методів навчання в медичній освіті. Усе більше медичних вузів оснащуються власними симуляційними центрами різних рівнів, які дозволяють моделювати різні клінічні ситуації з високим ступенем реалізму. Накопичено великий досвід, який доводить ефективність даного методу.

Цілями симуляційного навчання є: 1) придбання, вдосконалення та практичне застосування досвіду в комунікації або практичних навичках (реанімація, інтубація і т.д.); 2) формування бачення недоліків процесу та комунікабельності в роботі медичної команди; 3) формування здатності виявлення практичних навичок, комунікативних здібностей, етапів алгоритму медичної допомоги, які потребують поліпшення; 4) практичне розуміння ролей і принципів роботи в команді [1,3].

Ключовим завданням сучасної вищої медичної освіти є створення в інтернів міцно закріплених практичних навичок без ризику нанесення шкоди пацієнту. Перевагами стимуляційного навчання в медичній освіті є придбання навичок без ризику для пацієнта; необмежена кількість повторів для відпрацювання навичок і ліквідації лікарських помилок; об'єктивна оцінка виконання маніпуляції [1,2,4]. Саме симулятори можуть точно відтворити важливі клінічні сценарії і можливість адаптувати навчальну ситуацію під кожного інтерна.

При підготовці лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини №1 ХНМУ передбачені наступні форми навчання: аудиторна навчальна робота у вигляді лекцій і семінарів, демонстрації відеофільмів; участь в клінічних обходах, розборах, 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 відпрацювання практичних навичок в інтернатурі, підвищення готовності до самостійної професійної діяльності передбачений симуляційний курс. Заняття за його темами проводяться як на кафедрі, так і в Навчально-науковому інституті якості освіти ХНМУ, у фантомному класі УЛК. Для кращого засвоєння програми та вдосконалення знань та практичних навичок інтернами на кафедрі використовуються симуляційні технології, зокрема тренінги зі «стандартизованими пацієнтами».

Стандартизований пацієнт (СП) - це спеціально підготовлена людина, яка бере участь в навчанні та оцінці компетенцій того, хто навчається. У перекладі з англійської мови «standart» - «стандартизований», тобто даний пацієнт повинен суворо дотримуватися і симулювати той чи інший клінічний випадок точно в рамках «золотого стандарту», прописаного в його клінічному сценарії. Протокол СП включає навченого волонтера (з числа інтернів), здатного відтворювати синдром або проблемні поведінкові реакції послідовно в процесі клінічної взаємодії [3,5].

Справжня методика СП дозволяє не тільки інформувати лікаря-інтерна про наявність тих чи інших симптомів, але і відтворювати анамнез захворювання, реакції організму, фізикальні дані, а також емоційні характеристики і особливості особистості, властиві реальному пацієнтові. Застосування СП в освітніх цілях до-

зволяє викладачам оцінити клінічні вміння інтернів в безпечній обстановці, виключаючи можливість нанести потенційну шкоду реальному пацієнтові.

Підготовка до використання технології «Стандартизовані пацієнти» складається з наступних етапів: 1. Складання клінічних сценаріїв для СП і методичних ресурсів (набори лабораторно-інструментальних даних). 2. Підбір СП [4]. 3. Підготовка оціночної документації (створення листів експертизи: СП, експерта і викладача, заповнення анкети СП). 4. Навчання СП. 5. Апробація симуляційної технології із застосуванням СП. 6. Впровадження симуляційної технології із застосуванням СП.

Курація СП включає наступне: інтерн самостійно проводить обстеження СП, приступає до аналізу отриманих загальноклінічних даних, обґрунтовує попередній діагноз, складає план обстеження, після чого отримує необхідні результати лабораторно-інструментальних досліджень. Заключним етапом роботи є захист клінічного випадку з постановкою діагнозу і призначення лікування з позицій доказової медицини з випискою рецептурного бланка. Важливою складовою роботи за методикою СП є контроль якості роботи інтерна і зворотний зв'язок: обговорення, висновок СП, експерта і резюме викладача з виставленням загальної підсумкової оцінки, що відображає його знання і вміння.

Таким чином, на наш погляд, застосування симуляційних освітніх технологій в підготовці лікарів інтернів є перспективним напрямком, що, безумовно, призведе до значного підвищення кваліфікації медичних фахівців і рівня готовності їх застосовувати в клінічній практиці.

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. Використання методик симуляційного навчання у підвищенні професійної компетенції лікарів та парамедиків на кафедрах ДЗ “ЗМАПО МОЗ України” / О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва, Т. О. Грицун // Медична освіта.- 2016.- № 2.-С.120-123.
3. Інновації у вищій освіті: проблеми, досвід, перспективи: монографія / за ред. П.Ю.Сауха. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. – 444с.
4. М.Кантрелл (M.Cantrell) Симулированные/стандартизированные пациенты. Глава 29 из книги «A practical guide for medical teachers» (пер. с англ. под ред. З.З.Балкизова) // Медицинское образование и профессиональное развитие – 2011.- №3. – С.92-99.
5. 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.
Peggy Wallace «Coaching Standardized Patients: For Use in the Assessment of Clinical Competence». – Cambridge: 2006.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ» СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»

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

В Харківському національному медичному університеті набір в інтернатуру лікарів-лаборантів проводиться у два етапи з 1 березня для спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» та з 1 серпня для спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія».

Учебні плани та робочі програми складені з урахуванням напряму підготовки. Інтернатура проводиться протягом року та складається з двох циклів очного та заочного.

Заочний цикл для спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» розпочинається з 1 березня та проводиться на клінічних базах КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 2 ім. проф. О.О. Шалімова», Центральна клінічеська больниця "Укрзалізниці" (ЦКБ - 5), КЗОЗ «Харківський обласний центр служби крові», ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», КЗОЗ "Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 17", КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова» та ін. під керівництвом лікарів лаборантів вищої категорії.

Під час роботи на клінічних базах лікарі-інтерни мають можливість працювати в лабораторних відділеннях різного профілю, знайомитись з роботою сучасного лабораторного обладнання та удосконалити отримані знання та практичні навички.

Відповідальні за заочний цикл фахівці складають графік роботи, забезпечують планом роботи, визначають права та обов'язки лікарів-інтернів.

При проходженні очного циклу практичні, семінарські заняття та лекції проводяться в учбових кімнатах та в лабораторіях оснащених необхідним інструментарієм та навчально-методичною літературою. Заняття проводять професори та доценти кафедри.

Велика увага приділялась засвоєнню практичних навичок, підготовці до ліцензійного іспиту «КРОК-3. Лабораторна діагностика» та комп'ютерного тестування зі спеціальності «Лабораторна діагностика» за ліцензованою програмою «Еlex» для чого фахівцями кафедри створені білети з бази тестів по 50, 75, 100 та 200 питань, постійно проводяться консультації.

Керівництво інституту післядипломної освіти ХНМУ забезпечило можливість проводити контроль знань в приміщенні комп'ютерного класу обчислювального центру Навчально-наукового центру ХНМУ та написання пробного «Кроку» за буклетами минулих років.

Початок навчання в інтернатурі для спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія» з 1 серпня за заочним циклом та з 1 вересня за очним циклом на кафедрі.

В учебний план лікарів-інтернів включені основні положення про стан та функції крові, основи фізіології, патофізіології та анатомії, а також профільні дисципліни.

Теоретичний курс розпочинається зі знайомства з роботою лабораторій різного профілю, лікарям-інтернам надаються системні знання з контролю якості лабораторних досліджень, можливих лабораторних похибок, впливу лікарських засобів та лабораторні показники.

Під керівництвом викладачів кафедри лікарі-інтерни вчаться працювати на сучасному лабораторному обладнанні, виконувати уніфіковані методики, трактують одержані результати, встановлюють лабораторний діагноз. Заняття прово-

дяться, як в учбових кімнатах обладнаних усіма необхідними методичними рекомендаціями, навчальною літературою, стендовими таблицями так і в учбових лабораторіях.

Лікарі-інтерни залучаються до наукової роботи кафедри, а саме приймають участь у наукових конференціях, виступають з доповідями та інформаційними повідомленнями та наукових засіданнях кафедри.

Підготовка до ліцензійного іспиту «КРОК-3. Загальна лікарська підготовка» проводиться згідно графіку.

Під час проходження інтернатури лікарі-лаборанти освоюють теоретичні знання та практичні навички, які достатні для самостійної роботи в клініко-діагностичних лабораторіях.

Все вищевикладене свідчить про те, що підготовка в інтернатурі лікарів-лаборантів сприяє формуванню фахівців високої кваліфікації та заохочує до профільного розвитку.

Література

1. Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів, затвердженого відповідним наказом МОЗ України N 291 від 19.09.96

2. Луньова Г.Г. Служба клінічної лабораторної діагностики: сьогодення та перспективи / Г.Г. Луньова // Здоров'я України. – 2008. - № 1. – С.47-49.

3. 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 // Матеріали 42-ї науково-методичної конференції з інтернатури «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті» ХНМУ. – 2016. – С.47-49.

4. Залюбовська О.І. Клінічна лабораторна діагностика / О.І. Залюбовська, В.В. Зленко, Ю.Н. Авідзба, М.І. Литвиненко, Т.О. Нечвоглод // Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. ХНМУ. – 2016. с.105.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В МЕДИЦИНІ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

Зелена І.І., Железнякова Н.М., Панченко Г.Ю.

При вивченні будь-якої медичної спеціальності, на відміну від гуманітарних дисциплін, практика відіграє ключову роль у здобутті знань лікаря. Неможливо уявити отримання знань з анатомії без роботи в секційній залі, вивчення гістології без роботи з мікропрепаратами, вивчення хірургії - без спостереження за операціями. Можна безліч разів прочитати в підручнику опис рентгенологічної картини захворювання, але не запам'ятати його. Але досить один раз побачити рентгенограму і запам'ятати її на все життя. Зіншого боку, за відносно короткий період часу перебування студента, інтернаабо курсанта, що проходить підвищення кваліфікації на кафедрі, необхідно не тільки дати йому практичний матеріал по досліджуваній дисципліні, а й ознайомити з передовими науковими напрямками, світовими досягненнями і відкриттями, майбутніми перспективами даної спеціальності, що, безумовно, сприятиме збагаченню практичного досвіду і творчого розвитку особистості лікаря. Але як поєднати практику і теорію в медицині?

Однією з особливостей сучасного педагогічного процесу є широке використання різних інформаційних технологій. Персональний комп'ютер і Інтернет стали невід'ємними складовими професійної освіти. Використання телекомунікацій і мережевих технологій дозволяє проводити навчання в тих випадках, коли вчитель і учень розділені значною географічною відстанню. Високі технології в освіті не обійшли стороною і медицину. Галузь медицини, яка використовує телекомунікаційні та електронні інформаційні (комп'ютерні) технології для забезпечення медичної допомоги на відстані, отримала назву - телемедицина.

Сьогодні телемедицина стала невід'ємною частиною високопрофесійного допомоги в хірургії, акушерстві, терапії, кардіології. Ефективність і необхідність даного напрямку в медицині потребують подальшого вдосконалення і розширення діапазону використання. Одна з основних сучасних телемедичних технологій в навчанні, що з'явилася останнім часом нарівні з віддаленим консультуванням (телеконсультування) або дистанційним маніпулюванням, - дистанційне навчання. В даний час дистанційне навчання (навчання на відстані) отримує в світі все більшого поширення. Цей тип навчання охоплює найбільшою мірою вищу освіту [2, 6]. Однак виникає питання: чи можливо дистанційне навчання в медицині? Чи можливо забезпечити розвиток клінічних умінь в дистанційному курсі без інтегрованого навчання обличчям до обличчя? Природно, навчання лікаря практичним навичкам вимагає традиційного очного контакту з викладачами, але вся теоретична підготовка і вправи в прийнятті рішень можуть проходити в дистанційній формі. Дистанційна освіта не підлягає зміні синонімом «заочного». Вона відрізняється від заочного навчання більш зручною системою доставки інформації і використанням нових технологій в процесі навчання, що дозволяє розширити географію учасників курсу і розширити тематичний діапазон курсів, не знижуючи їх якість. Дистанційна освіта дозволяє скоротити час навчання завдяки швидкості комунікації викладача і студента, а також завдяки можливості використання майже всіх форм навчання (в тому числі асистентської роботи в електронній бібліотеці) через комп'ютер [4].

Вельми доцільним віддалений доступ до інформації виявляється для сільської медицини. У сільських районах електронна медична бібліотека може стати одним з найбільш ефективних шляхів використання інформаційного прогресу в клінічній медицині. Тому саме в охороні здоров'я, яка має справу з безцінним ресурсом - здоров'ям людини, використання дистанційного навчання є найбільш актуальним. Саме в охороні здоров'я необхідно найбільш якісне, на сучасному рівні світових знань навчання і постійне підвищення якваліфікації медичних працівників усіх рівнів і напрямків діяльності [1].

В існуючій сьогодні системі післядипломного навчання є недоліки, які можуть бути компенсовані використанням технологій дистанційного навчання. Переваги дистанційних технологій післядипломного навчання: вона робить гарантовану якість навчання доступним для всіх; надає можливість навчання за місцем проживання, що дозволяє розширити коло учнів лікарів, особливо з сільської місцевості, де недолік кадрів не дозволяє на тривалий час виїжджати на навчання з відривом від роботи. Особливо ефективно для підготовки лікарів, які працюють повний робочий день і мають обмежений час для навчання. використання сучасних інформаційних систем: навчальні соціальні мережі E-mail, електронні бібліотеки, комп'ютерні конференції, віртуальні конференції, майстер-класи, оцінка

знань Он-лайн, тестування, безпосередній контакт з відомими вітчизняними та зарубіжними фахівцями: телемедицина, відеоконференції, телефонні консультації, Он-лайн навчання, архівування отриманих знань. Разом з тим існують певні труднощі, які необхідно враховувати при введенні в процес навчання дистанційної форми. По-перше, дистанційне навчання вимагає значних кваліфікованих трудовитрат для розробки і виробництва програм, які гарантують високу якість навчання. І, по-друге, на наш погляд найголовніше, забезпечення контролю клінічного досвіду. При дистанційному навчанні важко забезпечити розвиток клінічних умінь без інтегрованого навчання «обличчям до обличчя», «з рук в руки». Тому це вимагає ретельного планування для забезпечення належного змішування можливосте й навчання, відповідних тимчасовим можливостям учнів [5].

Одним з найбільш розвинених напрямів в дистанційному навчанні є телемедицина (відеоконференції, відео-консультації і т.д.). Телемедицина може ефективно забезпечувати консультації та медичну допомогу в сільських районах пацієнтам, для яких своєчасність втручання є вирішальним фактором [3, 4, 7]. Ця проблема є актуальною і для нашого регіону, з його відстанями, слабкою інфраструктурою віддалених територій і «проблемними дорогами».

Тому, такий принципово новий для нашої країни підхід може сприяти значному підвищенню рівня професійної підготовки лікарів і, можливо, — подальшим реформам у системі медичної, і зокрема післядипломної, освіти.

Література

1. Розробка нормативної бази системи безперервного професійного розвитку лікарів для забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню України / [А. М. Сердюк, Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, В. Г. М'ясніков, В. В. Краснов, А. В. Коблянська, Л. Ю. Бабінцева] // Наукові засади Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації»: зб. наук. пр. / за заг. ред. акад. А. М. Сердюка. - К.: Держукл; Софія, 2009. - 376 с. - Вип. 2. - С. 352-371.
 2. Абдуллаев С. Г. Оценка эффективности системы дистанционного обучения // Телекоммуникации и информатизация образования. – 2007. - № 3. - С. 85-92.
 3. Громова Т. В. Формирование готовности преподавателя вуза к деятельности в системе дистанционного обучения. – М.: ТЕЗАРУС, 2006. - 32 с.
 4. Ольнев А. С. Использование новых технологий в дистанционном обучении // Актуальные проблемы современной науки. - 2015. - № 1. - С. 96.
 5. Фадеев Г. Н. Интегративно-аксиологический подход к созданию систем дистанционного образования // Дистанционное и виртуальное обучение. - 2013. - № 3. - С. 31-39.
- Аверченко Л. К. Дистанционная педагогика в обучении взрослых // Философия образования. - 2011. - № 6 (39). - С. 322-329.

НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПЕЧІНЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ НСV-ІНФЕКЦІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В., Бондар О.Є., Меркулова Н.Ф.

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

Адекватна оцінка стану гепатобіліарної системи, зокрема стадії фіброзу та стеатозу, дозволяє не тільки прогнозувати перебіг ХГС, але й своєчасно призначати етіотропне та патогенетичне лікування, проводити оцінку його ефективності [2,3]. Як відомо, стеатоз погіршує прогноз хвороби, тому що прискорює розвиток цирозу та карциноми, знижує ефективність противірусної терапії, є доведеним негативним предиктором стійкої вірусологічної відповіді. Частота стеатозу печінки при ХГС сягає 40 %, у тому числі серед хворих з генотипом вірусу 3а – 86 % [4].

Сучасна стратегія лікування ХГС передбачає необхідність корекції факторів, що негативно впливають на ефективність противірусної терапії, серед яких проблема стеатозу печінки розглядається як найбільш значуща [2,5]. Тому діагностика фіброзу печінки, встановлення наявності стеатозу та визначення його ступеня у кожного конкретного пацієнта є важливим завданням.

Достовірним методом оцінки морфологічних змін у печінці є пункційна біопсія з наступним гістологічним дослідженням тканини. Цей метод вважають «золотим» стандартом діагностики. Однак поряд із багатьма перевагами він має низку суттєвих недоліків: інвазивність процедури, фізичний та психологічний дискомфорт, ризик ускладнень, у тому числі летальних, наявність обмежень і протипоказань до виконання цієї маніпуляції, неможливість завжди отримати адекватний об'єм тканини, суб'єктивний характер оцінки гістологічних даних, висока вартість, труднощі динамічного спостереження тощо [2,6,7].

Поряд із цим існують неінвазивні способи діагностики фіброзу та стеатозу печінки на підставі оцінки її ехогенності за допомогою ультразвукового дослідження [8], визначення еластичності печінки методом короткочасної еластографії [9]. З метою діагностики фіброзу печінки застосовують визначення вмісту гіалуронової кислоти в сироватці крові [10] та сироваткового рівня колагену IV типу [11], з метою діагностики стеатозу – визначення базального С-пептиду у сироватці крові [12], сироваткового рівня вільних жирних кислот [13], інсулінорезистентності, проведення генетичного дослідження з визначенням генів, експресія яких призводить до формування стеатозу [2] тощо. Але кожен з цих способів має певні суттєві недоліки.

Отже, пошук і з'ясування зв'язку між лабораторними показниками та морфологічними змінами та визначення можливих маркерів, які б відбивали стан цих змін, є необхідним.

Альфа-2-макроглобулін (А2М) – білок гострої фази запалення, універсальний сироватковий інгібітор протеаз, біологічна роль якого полягає в регуляції систем тканинного протеолізу. А2М синтезується переважно в печінці. Патологічні процеси, що відбуваються в печінці внаслідок тривалої персистенції збудника при НСV-інфекції, раніше чи пізніше призводять до порушення її функцій, однією з яких є участь у жировому обміні [2]. Тому є підстави вважати, що коливання вмісту А2М, аполіпропротеїну А1 (апоА1) – білка, який входить до складу ліпопротеїдів високої щільності, що синтезується в печінці, загального холестерину (ЗХ) та тригліцеридів (ТГ) як показників стану ліпідного обміну може досить повно відбивати функціональний стан печінки та морфологічні зміни в ній.

Мета дослідження – оцінити вміст А2М, апоА1, ЗГ, ТГ та глюкози (Гл) у сироватці крові хворих на ХГС залежно від ступеня запально-некротичних змін, стадії фіброзу та вираженості стеатозу печінки.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебувало 45 хворих на ХГС. З них чоловіків було 29 (64,45 %), жінок – 16 (35,55 %). Середній вік пацієнтів склав $40,26 \pm 2,71$ років. Крім стандартних рутинних біохімічних показників, хворим визначали вміст А2М методом електрохемолумінесценції, вміст апоА1, ЗХ, ТГ, Гл колориметричним методом на біохімічному аналізаторі фірми «Roche» (Франція), а також проводили оцінку запально-некротичних змін, стадії фіброзу та стеатозу печінки за системою FibroMax (n=25).

Результати. Вміст ЗХ у сироватці крові обстежених хворих склав $4,48 \pm 0,21$ ммоль/л, що було вище ніж у контролі ($p < 0,001$). Вміст А2М, апоА1, ТГ та Гл не відрізнявся від контрольних значень ($p > 0,05$).

Ступінь активності запально-некротичних змін А0 визначено у 7 (28 %), А1 – у 5 (20 %), А2 – у 4 (16 %), А3 – у 9 (36 %) хворих. Стадію фіброзу F0 діагностовано у 7 (28 %), F1 – у 5 (20 %), F2 – у 5 (20 %), F3 – у 4 (16 %), F4 – у 4 (16 %) осіб. Ступінь стеатозу S0 визначено у 6 (35,3 %), S1 – у 6 (35,3 %), S2 – у 4 (23,5 %), S3 – у 1 (5,9 %) хворого.

Встановлений кореляційний зв'язок між вмістом А2М у сироватці крові обстежених хворих і ступенем запально-некротичної активності ($r=0,63$; $p < 0,01$) та стадією фіброзу печінки ($r=0,84$; $p < 0,001$). Також встановлений кореляційний зв'язок між ступенем стеатозу та вмістом ЗХ ($r=0,53$; $p < 0,05$), ТГ ($r=0,61$; $p < 0,01$) та Гл ($r=0,55$; $p < 0,02$) у сироватці крові. Залежності між вмістом у сироватці крові апоА1 і ступенем запально-некротичної активності, стадією фіброзу та ступенем стеатозу не виявлено ($r=0,11$; $p > 0,05$).

Висновки. Вміст А2М у сироватці крові хворих на ХГС знаходиться в прямій залежності від ступеня запально-некротичної активності процесу та стадії фіброзу, а вміст ЗХ, ТГ, Гл – від ступеня стеатозу печінки, що дає підставу використовувати ці показники як додаткові критерії діагностики морфологічних змін у печінці хворих на ХГС.

Література

1. Срахі А. Клинические рекомендации EALS: ведение больных с инфекцией, вызванной вирусом гепатита С / BEST CLINICAL PRACTICE РУССКОЕ ИЗДАНИЕ. – 2011. – Вып. 5. – С. 13-37.
2. Федорченко С.В. Хроническая HCV-инфекция: монография. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 272 с.
3. Noninvasive assessment of liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with chronic hepatitis C / M. Ziol, A. Handra-Luca, A. Kettaneh et al. // *Hepatology*. – 2005. – Vol. 41. – P. 48-54.
4. Стеатоз печени и инсулинорезистентность при хроническом гепатите С / Д.Т. Абдурахманов, С.М. Абдуллаев, Э.З. Бурневич // *Гепатологический форум*. – 2007. – №3. – С. 21-25.
5. Effect of treatment with peginterferon or interferon alfa-2b and ribavirin on steatosis in patients infected with hepatitis C / T. Poynard, V. Ratziu, J. McHatchion et al. // *Hepatology*. – 2003. – Vol. 38. – P. 75-85.
6. Noninvasive estimation of liver fibrosis and response to interferon therapy by a serum fibrogenesis marker, YKL-40, on patients with HCV-associated liver disease/ Y. Saitou, K. Shiraki, Y. Yamanaka et al. // *World J. Gastroenterol*. – 2005. – Vol. 11. – P. 476-481.

7. Сюткин В.Е. Современные представления о фиброзе печени // Гепатологический форум. – 2007. – №2. – С. 3-7.
8. Болезни печени и желчевыводящих путей. – Изд. 2-е, испр. и доп. / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Медицина, 2005. – С. 205-261.
9. Буеверов А.О., Воликовский Л.Я., Тесаева Е.В. Эластография – новый метод неинвазивной диагностики фиброза печени // Гепатологический форум. – 2007. – №2. – С. 14-18.
10. Identification of chronic hepatitis C patients without hepatic fibrosis by a simple predictive model / X. Forns, S.Ampurdanes, J.M. Llovet et al. // Hepatology. – 2002. – Vol. 36. – P. 986-940.
11. Diagnostic value of serum type IV collagen test in comprassion with platet count for predicting the fibrotic stage in patients with chronic hepatitis / Y. Murawaki, M. Koda, K. Okamoto et al. // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2001. – Vol. 16. – P. 777-781.
12. Северов М.В. Цирроз печени в исходе неалкогольной жировой болезни печени // Гепатологический форум. – 2006. – №3. – С. 11-12.
13. Garcia-Monzon C. A wider view of diagnostic criteria of nonalcoholic steatohepatitis // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2003. – Vol. 18. – P. 1332-1344.

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

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Борзова О.Ю., Добровольська І.М.,
Ломакіна О.В., Шушляпін О.І., Ринчак П.І.*

Постановка проблеми.

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

Аналіз матеріалів публікацій, на які спираються автори.

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

Формулювання мети та постановка завдання.

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

На кафедрі розроблені робочі програми з навчання в інтернатурі в наближеній до роботи лікарів-інтернів на базі 27-ої клінічної лікарні з відділеннями терапії кардіології, неврології з кабінетами гастроентерології і функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком реанімації, алергологічного відділення з лабораторією з тестуванням алергенів та проведення алергологічних проб, поліклінічного відділення яке обслуговує населення Київського району м. Харкова.

Виклад основного матеріалу.

Підготовка кваліфікованих фахівців лікарів-інтернів по терапії вимагає їх всебічної обізнаності в питаннях сучасної науки і практики. Останніми роками спектр можливостей ефективного навчання значно розширився, зокрема за рахунок впровадження в навчання програмованих сайтів в мережі «Internet». При цьому ресурси останнього не обмежуються новітньою інформацією у вигляді статей,

матеріалів конференцій і навчально-методичної допомоги, але й характеризуються існуванням широкого доступу до інтерактивних сайтів, де за допомогою віртуальних образів діагностичних систем розглядаються різні клінічні ситуації на основі інноваційного підходу: методу «внутрішньої гри» у навчальному процесі.

Інтерни обов'язково виконують завдання з написання рефератів з наукових досягнень по терапії зі створенням мультимедійних презентацій, які вони застосовують як при клінічних розборах, так і при їх доповідях на науково-практичних конференціях.

Актуальними є оволодіння лікарями-інтернами навичками з автоматизованого моніторингу, наприклад, терапевтичних заходів і невідкладних станів, що є банком даних по діагностиці і засобам лікування, а також проведенню невідкладних заходів. Можливе дистанційне навчання і тестування в режимі «on line» з отриманням сертифікату і кредиту Акредитаційної Ради безперервної медичної освіти.

Використання сучасних навчальних програм сприяє розширенню кругозору і навичок сучасного лікаря-інтерна терапевтичного профілю. В даний час на кафедрі накопичений певний досвід навчання лікарів-інтернів, як виходячи з традиційно трьох складових – лекцій, семінарських і практичних занять в аудиторії, так і на основі оволодіння навичок і умінь в лікувальній роботі в клініці внутрішніх хвороб під керівництвом викладачів. Останній аспект особливо важливий, оскільки він сприяє закріпленню отриманих в ході знань і оволодінню сучасними методами лікування у рамках доказової медицини .

Кінцева мета освіти – формування клінічного мислення, що дозволяє лікарю-інтерну самостійно ухвалювати де-коли складні діагностичні і терапевтичні рішення. З цих позицій навчання лікаря-інтерна повинне обов'язково включати клінічні розбори хворих з складною терапевтичною патологією з супутніми захворюваннями і ускладненнями основного захворювання. Для цього застосовується так званий метод «внутрішньої гри». При навчанні цим методом основна увага направлена на інтерна, на його індивідуальні здібності, бажання застосування знань в своїй майбутній лікарській практиці. При традиційних методах навчання основний акцент роблять на учбовий матеріал, при цьому навчання було б ефективним, якби вчитель навчав тому матеріалу, який за системою позитивних або негативних зворотних зв'язків поступає від інтерна, не займаючись його «натаскуванням». При навчанні методом внутрішньої гри, викладач не посередник в передачі знань, а творець «власного простору», де виявляються різні здібності, бажання, потреби і потенційні можливості його учнів – інтернів терапевтичного профілю. При цьому підході вчитель уподібнюється тренерові, який тренує учнів, сам безпосередньо не беручи участь в ігровій дії. Його роль – спонукати інтерес до гри пізнання і оволодіння знання з обліком глибини розуміння і широти тлумачення цього знання. Ця повчальна гра, як і всі ігри, має свої правила, обмеження і свободи, позитивні і негативні рішення і, перш за все, має свій напрям і мету.

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

Так, щотижня кожен лікар-інтерн готує інформацію, що представляє інтерес з погляду самого лікаря-інтерна по відношенню до того клінічного випадку курованого ним хворого, який вимагає ретельного аналізу і обговорення, наприклад, при веденні його в клініці або в період його чергування. Перед колегами і викла-

дачами лікар-інтерн намагається висловлювати інформацію лаконічно, використовуючи правильну термінологію, відповідаючи на питання викладача і інших лікарів-інтернів, присутніх на даному розборі. Підготовка до представлення складного клінічного випадку, вибраного самим лікарем-інтерном або рекомендованого йому викладачем, вимагає він доповідача ретельної роботи над літературою, що стосуються кола питань по етіології і патогенезу захворювання, ускладненням і супутній патології, лікуванню і профілактиці.

Після обґрунтування діагнозу основного захворювання, ускладнень і супутніх захворювань з їх точним формулюванням лікарем-інтерном виробляється терапевтична тактика лікування з аналізом сумісності тих або інших лікарських засобів і обґрунтуванням ефективності пропонованої фармакотерапії.

Викладач заохочує інтерна, відзначаючи як поступово з кожним його рішенням удосконалюється аналіз конкретного лікування хворого, але одночасно може робити зауваження по неправильним думкам, наприклад, відносно прогнозу захворювання, виникнення побічних дій до деяких препаратів у вибраній ним схемі лікування з метою уникнення поліпрагмазії або виникнення побічних реакцій.

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

Висновок і перспективи удосконалення навчання інтернів-терапевтів

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

Література

1. Богоявленская Д.Б., Сукоколова И.А. К вопросу о дивергентном мышлении // Психологическая наука и образование. – 2006. - № 1. – С. 85-95.
 2. Видоборець С.В., Літвинчук В.В., Дарій В.С. Передумова до формування адекватної мотивації щодо забезпечення якості викладання в системі установ післядипломної медицини // Збірник наукових праць «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики» – Запоріжжя, 2007. - Вип. XVIII. - С. 64-70.
 3. Витренко Т.Г., Манойло И.С. Педагогический тренинг: учебное пособие // Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина. – 2006. – 128 с.
- Лапшина Л.А., Шушляпін О.І., Кожин М.І. та інші. Сучасний погляд на удосконалення післядипломної освіти лікарів-інтернів терапевтичного профілю // Матеріали XXXIX навчально-методичної конференції „Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті”, Харків, 2012. - С.49-51.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кравчун П.Г., Добровольська І.М., Кожин М.І., Ломакіна О.В.,

Постановка проблеми у загальному вигляді

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

Аналіз матеріалів публікацій, на які спираються автори

Публікація матеріалів цієї роботи здійснена на основі учбово-методичних конференцій, збірок та матеріалів наукових праць.

Формулювання мети та постановка завдання

Основними завданнями в ході навчання в інтернатурі є здобуття знань, професійних умінь та навичок з кваліфікації лікаря спеціаліста-терапевта за фахом „внутрішні хвороби”.

Інтернатура також передбачає наближення інтернів-терапевтів до праці лікарем, опановуючи знання на базі 27-ої міської клінічної лікарні з терапевтичним, кардіологічним, інфарктним відділенням з блоком реанімації, алергологічним відділенням з лабораторією тестування алергенів та проведення алергологічних проб, з кабінетами ендоскопії та функціональної діагностики, поліклінічним відділенням з обслуговування хворих Київського району м. Харкова.

Виклад основного матеріалу

Основним напрямком реформування терапевтичної допомоги населенню України стало вирішення конкретних завдань – створення учбових планів і програм підготовки лікарів-інтернів терапевтів на різних етапах навчання – медичний університет – інтернатура – післядипломна підготовка. Кожен з цих етапів вимагає диференційованого підходу і має свої особливості.

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічній імунології та алергології протягом останніх 14-и років з дня її реорганізації (2003 р.) бере участь в підготовці лікарів терапевтів, магістрів, кандидатів і докторів медичних наук. На базі 27-ої міської клінічної лікарні також здійснюється післядипломна практика лікарів-інтернів терапевтів.

За цей час на кафедрі накопичений певний досвід вирішення методичних і психолого-педагогічних проблем, що виникають з лікарями-інтернами і що вимагають свого практичного втілення. Найбільш важливим і одночасно складним питанням є психолого-педагогічна мотивація навчання, яка передбачає знання терапії, формування умінь і засвоєння практичних навичок з таких її розділів, як кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, алергологія, ревматологія і невідкладна терапевтична допомога.

Курс терапії є одним з провідних розділів медицини і під час навчання в очній інтернатурі складається з трьох напрямів: теоретичного курсу, освоєння навичок і умінь, контролю теоретичних знань, а також практичних навичок і умінь.

У теоретичний курс входить аудиторна і позааудиторна робота. Курс лекцій складається з оглядових лекцій окремих нозологічних форм терапевтичної патології, які проводяться в мультимедійному варіанті, і їх текст перекладається на DVD-носії, що дає лікарям-інтернам можливість як прослуховувати текст лекцій при аудиторному засвоєнні, так і працювати з лекційним матеріалом в слухний для інтернів час. Позааудиторна робота включає самостійне вивчення матеріалу з усіх розділів клініки внутрішніх хвороб і їх конспектування у формі рефератів,

при цьому приділяючи особливу увагу клінічній фармакології і клініці невідкладних станів.

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

Одним з найважливіших чинників теоретичної і практичної підготовки інтернів є рецензування історій хвороби хворих з невідкладними терапевтичними станами з подальшим розбором помилок на семінарських заняттях.

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

Висновки і перспективи у даному напрямку

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

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

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

- демонстрація інтернами теоретичних знань, які включають три питання, одним з яких є купування невідкладних терапевтичних станів;

- з'ясування питань самостійної підготовки студентів на підставі рішення ними тестових завдань «Крок-3», подібних до завдань майбутніх іспитів.

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

Література

1. Удосконалення засвоєння практичних навичок і методик студентами, лікарями-інтернами — важлива складова первинної ланки медичної допомоги населенню / О.П.Волосовець, Ю.С.Пятницький, І.С.Вітенко [та співавт.] // Медична освіта. — 2012. — № 3. — С. 5–7.
2. Значення наукових розробок на кафедрі в підготовці лікарів-інтернів терапевтів / О.М.Шелест, М.І.Кожин, О.В.Ломакіна, Н.Г.Риндіна, О.І.Шушляпін, О.П.Сидоров // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті : матеріали 41-ї науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці ХНМУ, Харків, 28 квітня 2015 р. – Харків, 2015. – С. 116–118.
3. Значення наукових розробок у підготовці лікарів-інтернів терапевтичного профілю / В.Д.Бабаджан, О.І.Шушляпін, Н.Г.Риндіна, Г.Ю.Титова // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали ХІ науково-методичної конференції, присвяченої 210 річниці ХНМУ, Харків, 23 квітня 2014 р. – Харків: ХНМУ, 2014. – С. 11–13.

4. Питання організаційно-педагогічного та методичного забезпечення навчання інтернів-терапевтів / П.Г.Кравчун, О.М.Шелест, І.М.Добровольська, Ю.О.Ковальова // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали XL науково-методичної конференції, присвяченої 210 річниці ХНМУ, Харків, 23 квітня 2014 р. – Харків: ХНМУ, 2014. – С. 60–62.
5. Поєднання інноваційних технологій і традиційних методів навчання в підготовці лікарів-інтернів терапевтичного профілю / П.Г.Кравчун, О.М.Шелест, О.Ю.Борзова, Н.В.Шумова, О.В.Ломакіна, Н.Г.Риндіна, О.І.Шушляпін // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали 41-ї науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці ХНМУ, Харків, 28 квітня 2015 р. – Харків, 2015. – С. 73–75.
6. Можливості інноваційних технологій в підготовці лікарів-інтернів на сучасному етапі / О.Л.Товажнянська, Н.О.Некрасова, О.І.Каук, О.В.Марковська, Є.Т.Соловійова, Г.П.Самойлова // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали 42-ї навчально-методичної конференції, Харків, 26 квітня 2016 р. / ХНМУ. – Харків, 2016. – С. 102–104.
7. Кравчун П.Г. Шляхи оптимізації підготовки лікарів-інтернів з внутрішніх хвороб на кафедрі внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології ХНМУ в період реформування медичної галузі / П.Г.Кравчун, О.М.Шелест, М.І.Кожин // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали XL науково-методичної конференції, присвяченої 210 річниці ХНМУ, Харків, 23 квітня 2014 р. – Харків : ХНМУ, 2014. – С. 63–64.
8. Питання організаційно-педагогічного та методичного забезпечення навчання лікарів-інтернів / П.Г.Кравчун, О.М.Шелест, Г.Ю.Титова, О.І. Шушляпін, І.М.Добровольська, Ю.О.Ковальова // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали 41-ї науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці ХНМУ, Харків, 28 квітня 2015 р. – Харків, 2015. – С. 70–72.
9. Науково-дослідна та аналітична робота лікарів-інтернів як складова частина їхньої підготовки за спеціальністю «Терапія» / П.Г.Кравчун, О.М.Шелест, І.М.Добровольська, О.І.Шушляпін, О.П.Сидоров, П.І.Ринчак // Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали 41-ї науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці ХНМУ, Харків, 28 квітня 2015 р. – Харків, 2015. – С. 64–67.
10. Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті: матеріали XL науково-методичної конференції, присвяченої 210-й річниці Харківського національного медичного університету / ред. кол.: В.Д. Марковський та ін. – Харків: ХНМУ, 2014. – 100 с.

СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ХІРУРГІЯ»

Криворучко І.А., Тесленко С.М., Сивожелізов А.В., Дроздова А.Г.

У всіх вищих медичних навчальних закладах України значна увага приділяється використанню симуляційних технологій у проведенні навчальної роботи серед лікарів-інтернів, особливо це стосується хірургічної спеціальності. Існує низка перешкод у сучасному навчанні лікарів-інтернів зі спеціальності «Хірургія»: висока технологічність, зріст об'єму навичок, фінансовий пресинг, прискорення темпу життя, юридичні заборони, замала кількість процедур, зростання вимог до навичок хірургів.

Засвоєння практичних навичок за допомогою симуляційного тренінгу включає ризик для життя та здоров'я пацієнта та інтерна, що навчається, дозволяє проводити заняття за індивідуальною навчальною програмою без урахування режиму роботи клініки та робочого графіку викладача, дає можливість відпрацювання навичок та доведення маніпуляції до автоматизму, забезпечує об'єктивний контроль якості її виконання, не прикладаючи зусиль моделює рідкісні патології та клінічні випадки, дозволяє знизити стрес, що виникає у молодих спеціалістів при проведенні перших втручань на реальних пацієнтах. У попередні роки гостро стояло питання про забезпечення практичної бази для якісного проведення навчального процесу, зараз ця проблема у більшості навчальних закладів вирішена. Прогресуюча динаміка сучасного навчального процесу потребує вирішення проблеми – як, чому і коли навчати молодих спеціалістів.

На кафедрі хірургії №2 велика увага приділяється навчанню лікарів-інтернів. У молодих спеціалістів є можливість навчатися і працювати на базі відділень КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК», де вони можуть ознайомитися з ургентною хірургічною патологією, плановою хірургією, гнійними захворюваннями, серцево-судинною хірургією. Симуляційне навчання є необхідним кроком, що повинен передувати контакту з пацієнтом та асистуванню в операційній. Це сприяє поглибленню теоретичних знань та покращенню якості роботи інтерна в операційній. Вивчення предмету на кафедрі хірургії №2 побудовано за принципом від «простого до складного», з постійним повторенням найбільш складних розділів хірургії та відпрацюванням практичних навичок на симуляторах різного рівня складності. Лікарі-інтерни приймають участь у лікуванні хворих після оперативних втручань, асистують в операційній, обов'язково приймають участь в ургентних чергуваннях, працюють у перев'язочній та центрі для проведення гемотрансфузій під контролем лікарів. Усі лікарі-інтерни приймають участь у конференціях. Також треба пам'ятати і про існування інноваційного симуляційного центру, створеного у ХНМУ, що забезпечує теоретичну частину (лекції), вивчення практичних випадків, відеосесію, препарування на біоманекенах, тренінг мануальних навичок та вмінь – роботу на ендотренажерах та роботизованому симуляторі, експериментальну операційну, де можна працювати на анімальних моделях, самостійно виконувати операції під керівництвом експерта, спеціалізовані тренінги. Також викладачі кафедри хірургії №2 формують навички надання першої хірургічної допомоги в екстремальних умовах: накладання транспортної іммобілізації, зупинка кровотечі, здійснення реанімаційних заходів та проведення інтенсивної терапії, навички десмургії. У зв'язку з чим виділяються години для академічних занять. Також до навчальної програми інтернів з хірургії входить догляд за ранами різного хара-

ктеру, місцева анестезія, дренування плевральної порожнини, накладання хірургічних швів, пункція гнійників та інші маніпуляції. Для адекватного засвоєння навичок виділено понад 50% від загального годинного навантаження. При проходженні інтернатури, лікарі-інтерни отримують можливість навчатися на тренажерах високого ступеня складності та у комп'ютерному класі. Існує можливість засвоєння ендоскопічних маніпуляцій та простих операцій. Методики навчання змінюються.

Контроль засвоєння навичок відбувається за стандартною методикою – бальна оцінка на базі існуючих стандартів. Часто використовується відео фіксація з наступною процедурою дебрифінга. На кафедрі хірургії №2 для лікарів-інтернів виділені години для засвоєння та закріплення практичних навичок, які вони складають викладачу, який корегує помилки у симуляційному класі.

Висновки і перспективи у даному напрямку:

1. Використання симуляційних технологій підвищує ефективність засвоєння практичних хірургічних навичок.

2. Вважаємо за необхідне етапне навчання навичкам від простого до складного та збереження спадкоємності у методах проведення занять, критеріїв оцінки виконання.

3. Вважаємо доцільним створення уніфікованої програми навчання у медичних вищих навчальних закладах з використанням симуляційних технологій.

4. Усі лікарі-інтерни зі спеціальності «Хірургія» повинні відпрацювати маніпуляції по догляду за хірургічними хворими у симуляційному центрі, а лише потім допускатись до роботи з пацієнтами та в операційній.

Література

1. Мещерякова М.А. Деятельностная теория учения как научная основа повышения качества подготовки специалистов в медицинском вузе // Система обеспечения качества подготовки специалистов в медицинском вузе: / Под ред.проф. П.Г.Ромашова/ - СПб: СПбГМА им. И.И.Мечникова. – 2004. С.13-15.

2. Мещерякова М.А., Подчерняева Н.С., Шубина Л.Б. Обучение профессиональным мануальным умениям и оценка уровня их сформированности у студентов медицинских вузов. // Врач. – 2007 № 7 С. 81 - 83 11. Нейман Ю.М., Хлебников В.А. Введение в теорию моделирования и параметризации педагогических тестов. – М.: 2000. – 168 с.

3. Орлов Ю.М. Компоненты педагогического мастерства как факторы эффективности деятельности обучения. Метод. разработка для преподавателей мед. вузов. М.: I ММИ им. И.М.Сеченова, 1984. – 27 с.

4. Татур Ю.Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалиста // Высшее образование сегодня, 2004. № 3. с.20-26.

5. Шубина Л.Б. Имитационное обучение в центре непрерывного профессионального образования в структуре медицинского университета. // Медицинское образование и профессиональное развитие. Журнал сообщества медицинских преподавателей. Москва 2011. - № 3 (5). С. 85 – 91

6. Шубина Л.Б., Мещерякова М.А., Сон И.М. Имитационное обучение в медицине. // Качество образования. – 2011 № 4 С. 42-46.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ

ЕПШТЕЙНА-БАРР

Кузнєцов С.В., Ольховський Є.С.

Мета роботи - вивчити клініко-інструментальні особливості бактеріальних кишкових інфекцій (КІ) у дітей раннього віку, інфікованих вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ).

На базі обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м.Харкова нами обстежено 52 дитини у віці 1 - 3 роки, хворих на КІ, які були розділені на дві групи. Першу групу склали 24 дитини з фонової ВЕБ-інфекцією (мікст-інфекція), другу - 28 хворих бактеріальними КІ без супутнього інфікування (моно-інфекція).

Порівняння клінічних показників дітей досліджуваних груп виявило більш тривале збереження лихоманки ($7,52 \pm 1,01$ проти $4,21 \pm 1,11$ доби, $p < 0,05$), дисфункцію кишечника ($9,97 \pm 1,02$ проти $6,88 \pm 1,04$ днів, $p < 0,05$) і патологічних домішок при копроцитоскопіческом дослідженні ($6,54 \pm 1,13$ проти $3,65 \pm 1,14$ доби, $p < 0,05$) у хворих першої групи. При відсутності скарг (батьків дитини) з боку респіраторного тракту у 20 (83,33%) дітей першої групи нами виявлено помірна гіперемія слизової ротоглотки, збільшення підщелепних та шийних лімфовузлів. Одночасно встановлено у 19 (80%) хворих з мікст-інфекцією більш значуща паренхіматозна реакція печінки з підвищенням її ехогенності до 10-12 градації, у 4 (16%) - ознаки гепатоспленіта, 9 (37,5%) - лімфаденіт воріт печінки. 11 хворим (48%) з мікст-інфекцією були притаманні явища мезаденита. Обстеження хворих з КІ без інфікування ВЕБ визначило наявність паренхіматозної реакції печінки з незначним підвищенням її ехогенності лише у 5 хворих (17,85%). У одного хворого ультразвукове дослідження виявило ознаки гепатиту, реакції з боку лімфатичних вузлів кишечника і воріт печінки у дітей другої групи не зареєстровано. У 6 дітей (26%) з мікст-інфекцією виявлено підвищення вмісту АЛТ. У всіх хворих КІ без інфікування ВЕБ показники печінкових проб були в межах норми.

Таким чином, бактеріальні КІ у дітей, інфікованих ВЕБ, мають ряд клінічних та інструментальних особливостей, серед яких необхідно виділити гіперемію слизової ротоглотки, лімфаденопатію, тривале збереження періоду лихоманки і диспепсичних явищ, паренхіматозну реакцію печінки, збільшення лімфовузлів воріт органу.

Отримані дані дозволяють припустити вже на ранніх етапах розвитку КІ наявність фонової герпес-вірусної, зокрема ВЕБ-інфекції, обґрунтувати адекватне лікування і можливі шляхи його вдосконалення.

НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Кузнєцов С.В., Кучеренко О.О., Жаркова Т.С., Кучеренко М.В.

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

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

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

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

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

найбільш важливих клінічних проблем. Оцінка успішності навчання в інтернатурі здійснюється відповідно з основними положеннями і принципами бально-рейтингової системи, що діє в університеті. Додаткові бали начисляються інтернам за деякі види діяльності, які безпосередньо не передбачені навчальною програмою, але підвищують рівень і якість підготовки майбутнього спеціаліста та забезпечують додаткову мотивацію до навчання, професійного зростання, науково-дослідної роботи. До таких видів діяльності відносяться: участь у науково-дослідній роботі кафедри з доповідями на конференціях, підготовка демонстраційно-ілюстративних матеріалів в межах учбово-дослідницької роботи. Додаткове начислення балів можливе тільки при умові виконання обов'язкових вимог базової програми, відсутності академічної заборгованості.

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

ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ЯК ОСНОВНА СКЛАДОВА У БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ

Курлан Н.Ю., Ольховська О.М.

Вакцинація має першорядне значення для збереження здоров'я суспільства. Вона є одним з найбільш ефективних інструментів системи громадської охорони здоров'я щодо контролю над захворюваністю, смертністю і інвалідизацією, вплив якого можна порівняти тільки із забезпеченням населення чистою питною водою. Саме використання вакцин є найбільш дієвими заходом щодо профілактики інфекційних захворювань. Щорічно у всьому світі завдяки вакцинації можна попередити понад 2,5 мільйони дитячих смертей і запобігти 750 тис. випадкам дитячої інвалідизації. Більш того, завдяки інноваційним вакцинам сьогодні можна забезпечити захист не тільки від захворювань, вакцинація від яких проводиться вже протягом кількох десятиліть (правець, поліомієліт, дифтерія, кір, гепатит В та інші), але і від пневмококової, менінгококової, ротавірусної, папіломавірусної інфекції тощо.

З проголошенням незалежності в 1991 році Україна ратифікувала Конвенцію ООН з прав дитини, в якій, зокрема, передбачено, що країни-учасниці визнають право дитини на якісні послуги системи охорони здоров'я, включаючи прогресивні методи профілактики. Тому в Україні, як і в більшості розвинутих країн світу, функціонує національна програма імунізації – державна програма, яка діє в рамках національної політики в галузі охорони здоров'я і спрямована на профілактику захворюваності та смертності від інфекцій шляхом вакцинації. Доведено, що суттєвий вплив на рівень захворюваності в суспільстві досягається при високих показниках охоплення щепленнями населення – не менше 95%. В Україні до 2008 року показники охоплення вакцинацією дітей віком до одного року були стабільно високими (98-99%), що забезпечувало якісний захист населення. Нажаль, поступово з 2008 року відбувається регрес, який останнім часом досяг небезпечного значення, адже сьогодні в Україні рівень охоплення населення вакцинацією один з найнижчих у світі. Так, на кінець 2016 року рівень охоплення дітей першого року життя вакцинацією БЦЖ – 72,3%, АКДП – 21,0%, проти поліомієлі-

ту – 60,8%, проти гепатиту В – 28,8%. Серед причин таких вкрай низьких показників можна назвати відсутність довгострокової стратегії імунізації і належної державної політики з імунопрофілактики, складності з фінансуванням державних програм, нерегулярність поставок деяких вакцин. Окремо слід зазначити настожено-негативне ставлення населення до імунізації, непоінформованість батьків та сумніви щодо необхідності вакцинації, використання засобів масової інформації (в тому числі і інтернет-ресурсів) в якості основного джерела інформації, в результаті чого неперевірена інформація змушує людей боятися вакцин більше, ніж самих захворювань (в тому числі і рідкісних, давно забутих), які ці вакцини ефективно попереджують. Таким чином, стає зрозумілою гостра необхідність аргументованої просвітньої роботи з боку медичних працівників для підвищення прихильності населення до імунізації.

Особливо важливим в цих умовах є інформування самих працівників охорони здоров'я за допомогою надання послідовної, точної, своєчасної та доступної інформації про імунізацію. Мова йде не тільки про педіатрів, неонатологів та імунологів. Вимагає поліпшення якості знань щодо сучасних вимог медичної профілактики працівників первинної ланки, перш за все - терапевтів, сімейних лікарів, які безпосередньо залучені до проведення імунізації дітей, підлітків, людей похилого віку, акушерської служби, лікарів хірургічних спеціальностей, які здійснюють екстрену вакцинопрофілактику населення, вузьких спеціалістів (дитячих неврологів, кардіологів, тощо) щодо сучасної інформації відносно істинних та помилкових протипоказань до проведення щеплень.

У зв'язку з цим, багаторічний стратегічний план з імунопрофілактики повинен передбачати підвищення кваліфікації медичних працівників, яке включатиме освітні програми для лікарів усіх спеціальностей та медичних сестер, розробку системи мотивації медичних працівників щодо досягнення достатньо високих показників з вакцинопрофілактики. А викладання імунопрофілактики слід розглядати як послідовне освоєння базових знань і розширених компетенцій на до- та післядипломному рівнях навчання з обов'язковим освоєнням даних доказової медицини, враховуючи професійні інтереси спеціалістів.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Луцур А.В.

На зміну традиційній системі освіти в Україні приходять нові форми навчання, реалізація яких можлива при засвоєнні нових інноваційних і творчих методів викладання.

Рівень базових знань, якими повинні володіти випускники, стає все вище, а вимоги до засвоєння матеріалу суттєво збільшуються [1]. Це визначає необхідність проведення пошуку нових методологічних підходів до системи навчання майбутнього лікаря. Однак на сьогоднішній день це не є можливим без сучасних досягнень науково-технічного прогресу [2].

В останні роки проникнення інформатизації в усі сфери людської діяльності призводить до удосконалення та масового розповсюдження в освітній діяльності сучасних інформаційних технологій. Даний технологічний процес служить актив-

ним засобом для передачі інформації та забезпечення взаємодії викладача та учня у сучасних системах відкритої освіти [3].

На даний час однією з основних цілей сучасних вищих медичних закладів є підготовка професійного компетентного лікаря шляхом, в першу чергу, засвоєння теоретичного базового матеріалу, а також використання наочних засобів з подальшою можливістю застосування отриманого досвіду та навиків у клінічній практиці [4, 5].

Підготовка майбутнього лікаря, що володіє необхідним рівнем професійної компетентності в умовах сучасного суспільства, ставить завдання перед співробітниками ЛОР-клініки Харківського національного медичного університету розробити нову методологію підготовки лікаря-інтерна і об'єктивну систему контролю якості засвоєння навиків майбутньої професії. Принципово новим кроком при цьому стало створення учбово-методичної та матеріальної бази для впровадження сучасних симуляційних технологій в оториноларингології.

В Харківському національному медичному університеті на кафедрі оториноларингології впроваджені нові підходи [6] до процесу викладання практичних вмінь та навиків, а також введені методика підготовки і система контролю якості засвоєння лікарями-інтернами навиків майбутньої професії.

Метою роботи являється розробка та обґрунтування комплексної навчально-контролюючої системи для підвищення та перевірки якості засвоєння лікарями-інтернами медичних вишів теоретичних знань та практичних навиків.

Одним із завдань кафедри оториноларингології у сучасних умовах є вимога навчити лікаря-інтерна низці оперативних втручань, які повинен вміти проводити лікар будь-якої спеціальності, а в першу чергу оториноларинголог. Так, на сьогоднішній день на кафедрі оториноларингології розробляється креативна методика навчання студентів де-яким оперативним втручанням, виконання яких вже після закінчення медичного університету є обов'язковими. До таких оперативних втручань відносяться трахеостомія та конікотомія. Трахеостомія – операція розтину трахеї із введенням в її просвіт канюлі з метою відновлення доступу повітря в легені при обтурації верхніх дихальних шляхів. Конікотомія – серединний розтин гортані між перстневидним і щитовидним хрящами в межах перстнещитовидної зв'язки. Це невідкладні операції, які в обов'язковому порядку повинні проводитися лікарем оториноларингологом, оскільки критичний стан хворого в ряді випадків не терпить зволікання і часом може коштувати життя хворого. В такій ситуації лікар зобов'язаний швидко і правильно оцінити стан хворого і без зволікань провести операцію.

Для таких оперативних втручань основною задачею являється розробка критеріїв оцінки якості засвоєння оперативного втручання лікарями-інтернами на муляжі.

Створений на кафедрі оториноларингології ХНМУ учбовий муляж призначений для відпрацювання навиків оперативного втручання на органах ший (трахеотомія, трахеостомія та конікотомія) лікарями-інтернами на заняттях оториноларингології.

Крім того, на кафедрі оториноларингології з успіхом використовуються сучасні методи 3D-друку, які дозволяють за персоналізованими даними конкретних пацієнтів виконувати моделювання досліджуваних анатомічних областей з максимально наближених до реальності матеріалів. Цей підхід дає можливість вивчи-

ти просторове розташування анатомічних структур, виявити і наочно оцінити аномально-розташовані ділянки. А, крім того, на натурній моделі з урахуванням індивідуальних особливостей, можна здійснити симуляцію хірургічного доступу. Таке застосування анатомічних моделей дозволяє сформувати навички просторового клінічного мислення у початківців фахівців і реалізувати комп'ютерне планування вже досвідченим клініцистом. Основною особливістю пропонованої технології 3D-друку за комп'ютерно-томографічними даними є сучасна методика вивчення індивідуальних морфо-структурних характеристик того чи іншого органу. Подібна технологія дозволяє здійснювати різні маніпуляції з урахуванням реальних (а не віртуальних) пацієнтів, при повній інтактності (безпеці) останніх.

Отже, використання імітаційних технологій та 3D технологій є важливим інструментом навчання, який може сприяти інтеграції між клінічною практикою і теоретичним навчанням, а також новими технічними досягненнями. При цьому 3D технологія – це методика навчання яка не вимагає витрат, яка передбачає практичне виконання різних операцій і маніпуляцій з урахуванням реалістичного манекена людини. У нашому випадку практичне виконання медичних операцій можливо завдяки реалістичній імітації клінічних станів, а також з урахуванням індивідуальної мінливості, яку можна відтворити, використовуючи сучасні технології 3D-друку. Тільки тоді можливо оцінити клінічний випадок з реальною можливістю реагувати в несподіваних ситуаціях.

Перспективою роботи є розробка технології інтерактивного контролю коректності маніпуляцій, що проводяться шляхом встановлення комп'ютеризованої системи датчиків.

Таким чином, такий підхід дозволяє почати навчання майбутнього лікаря оториноларинголога перш за все з отримання вмінь на доклінічному етапі.

Література

1. The experience software-based design of virtual medical intrascopy systems for simulation study International Journal / O. Avrunin, L. Aver'yanova, V. Golovenko, O. Sklyar // Information Technologies and Knowledge.-2008.- Vol.2.- P.470-474.

2. Грищенко В.В., Шевченко О.И., Сторчак А.В., Ромаева В.П., Пак С.А. Усовершенствованный фантомный курс в программе обучения врачей-интернов по специальности акушерств и гинекология // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-річниці ХМАПО – Харків, 2003, с. 82-83.

3. Масловский С.Ю. Особенности преподавания гистологии с цитологией и эмбриологией в связи с внедрением в учебный процесс кредитно-модульной системы / С.Ю. Масловский, И.И. Шеститко, О.Г. Аврунин // Актуальные проблемы учения о тканях. – СПб.ВМА им. С.М. Кирова. – 2006. – С. 60-61.

4. Березнюк В.В., Тимчук С.М., Зайцев А.В. , Чернокур О.А., Ламза Н.В. Про роль активних методів навчання у підготовці лікарів-інтернів на кафедрі оториноларингології // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-річниці ХМАПО – Харків, 2003, с. 33-34

5. Гарюк Г.І., Кулікова О.В., Гарюк О.Г., Мужичук М.В., Філатова І.В., Почуева Г.В. Особливості підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю „Оториноларингологія”// Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-річниці ХМАПО – Харків, 2003, с. 60-61

6. Журавлев А.С. Клинические аспекты применения тренажеров в оториноларингологии / А.С.Журавлев, Н.О. Шушляпина, Ю.В. Олейник // ЖВНГХ, 2015. - № 5-с.- С.291-292.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА РОБОТА – ВАГОМА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНА-ПЕДІАТРА

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

Одним із завдань післядипломної освіти є формування висококваліфікованого кадрового резерву шляхом підготовки висококваліфікованих конкурентноспроможних спеціалістів, які мають високий рівень знань, науково-дослідницьким мисленням, спроможністю адаптуватися до змін економічних умов.[1] Тому професійна підготовка лікаря-спеціаліста була і залишається складною та багатогранною проблемою. Процес цей процес містить у собі, по-перше, не тільки удосконалення лікарем-інтерном навичок, набутих під час навчання у ВНЗ, але й підготовку лікаря-спеціаліста, який має навички лікаря-дослідника. Тільки лікар, який володіє навичками аналізу та узагальнення заслуговує на найвищу оцінку своєї професійної діяльності. Саме тому виконання науково-практичної роботи лікарем-інтерном відіграє важливу роль у підготовці молодих лікарів.

Метою нашої роботи є визначення значущості виконання науково-практичної роботи під час навчання в інтернатурі на якість професійної підготовки інтернів-педіатрів.

Як показує аналіз роботи кафедр педіатрії Харківського національного медичного університету, на яких навчаються лікарі-інтерни за фахом «Педіатрія», що упродовж багатьох років вони виконують науково-практичні роботи. Форми цих робіт доволі різноманітні: підготування оглядів літератури з актуальних проблем педіатрії, аналіз фактичних клінічних матеріалів з висновками та практичними рекомендаціями на зразок дисертаційної роботи, підготування витягів з історій хвороб хворих з рідкими захворюваннями по типу опису клінічного випадку з його аналізом, аналітичний аналіз роботи відділення лікарні і т.ін.

Огляд літератури готується лікарем-інтерном з даної конкретної проблеми. Під час його підготовки лікар-інтерн проводить аналіз історії цієї проблеми за літературними джерелами, аналіз сучасних концепцій та особливостей тенденцій у її вивченні, робить висновки про пріоритет того чи іншого напрямку вивчення проблеми на сучасному етапі. Зазвичай ці роботи на етапі звіту доповідаються на лікарських конференціях у клініці.

Найбільш складною, на нашу думку, є аналіз лікарем-інтерном клінічних даних по типу дисертаційної роботи, тому що при цьому йому потрібно, по-перше, провести аналіз літературних даних досліджень з проблеми, які проведені раніше, по-друге, провести розробку матеріалів історій хвороб або інших матеріалів хворих з конкретно означеними захворюваннями, по-третє, провести аналіз отриманих результатів спостережень, по-четверте, зробити висновки з цього аналізу з пропозиціями по організації та надання медичної допомоги хворим дітям. Крім того, ця робота займає більше часу та потребує більших затрат розумової енергії, ніж робота над аналізом літератури.

Науково-практична робота у вигляді витягів з історій хвороб хворих з патологією, що рідко зустрічається, є дещо простішою, тому при її виконанні лікарю-інтерну приходится працювати з історією хвороби одного хворого, у той же час,

ефективність цієї роботи може бути досить високою. Дане положення базується на тих фактах, що чим більше лікар знає захворювань, що рідко зустрічаються, та вміє їх діагностувати, тим кращі його професійні та діагностичні можливості, рівень його кваліфікації як спеціаліста-професіонала. Позитивним при підготуванні витягу із історії хвороби є те, що окрім практичної клінічної частини, ця робота має й теоретичний розділ. Тобто лікарем-інтерном вивчаються за даними літератури історія проблеми, питання діагностики і лікування цього захворювання. Саме цей факт є також позитивним, тому що завдяки цьому інтерн може провести, так би мовити, експертну оцінку історії хвороби, що вивчається.

Підсумком в роботі над науково-практичними роботами є звіт лікарів-інтернів, коли результати робіт представляються на лікарських конференціях клінічної бази, де вони навчаються. Звіт також проходить на щорічній кафедральній науково-практичній конференції лікарів-інтернів. Кращі з робіт представляються на міжкафедральній конференції лікарів-інтернів, яка проводиться перед заключною атестацією на звання лікаря-спеціаліста. Останнім часом, крім інтернів-педіатрів другого року навчання участь у міжкафедральній науково-практичній конференції лікарів-інтернів за фахом «Педіатрія» беруть участь і лікарі-інтерни першого року навчання та інтерни-неонатологи, що є позитивним моментом, тому що завдяки цьому розширюється їх світогляд у професійних питаннях. Позитивну роль відіграє, як ми вважаємо, виступ інтерна на конференції, оскільки дозволяє йому продемонструвати не тільки результати виконаної роботи, а і висвітлити їх у стислій формі, що дозволяє також удосконалити вміння доповідача.

Таким чином, критерієм ефективності та якості навчання в інтернатурі з педіатрії є, безумовно, виконання інтернами-педіатрами науково-практичної роботи, що дозволяє визнати особливе її значення у підготовці молодого фахівця.

Література

1. Ю.В. Епифанова «Опыт организации научно-практической работы врачей-интернов в период первичной (одногодичной) специализации на кафедре стоматологии».- «Здравоохранение Чувашии».-2015.-№4.

ПРОФІЛАКТИКА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Малик Н.В.

Судинні захворювання головного мозку мають величезне медико-соціальне значення в сучасному світі, що обумовлено їх істотною часткою в структурі захворюваності, інвалідності та смертності населення. Серед судинних захворювань мозку найбільш розповсюдженим та важким за своїми наслідками є мозковий інсульт (МІ).

Інсульт є однією з основних причин високої смертності та інвалідизації людей в усьому світі, тому зусилля вчених та клініцистів спрямовані на розробку нових та ефективних методів діагностики, лікування та профілактики цього захворювання. Відновлення колишньої працездатності після інсульту в більшості людей, на жаль, проблематично. Тільки 10 – 20% людей повертається до праці. Майже третина хворих вимагає сторонньої допомоги. До кінця першого року після МІ у 25% хворих розвивається деменція.

Сьогодні головна увага сконцентрована на максимально ранній діагностиці гострих порушень мозкового кровообігу. Існують різні шляхи покращення ран-

ньої діагностики інсультів, поперш за все – це просвітницька робота серед населення. Тому на кафедрі загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ при викладанні лікарям – інтернам циклу сімейної медицини велику увагу приділяють забезпеченню інформованості пацієнтів з високим ризиком гострих порушень мозкового кровообігу відносно перших симптомів інсульту та ТІА, бо велика роль відводиться сьогодні саме лікарям первинного ланцюга охорони здоров'я, які кожний день зустрічаються з такими хворими.

До групи високого ризику розвитку інсульту, а також генетично до них схильних, відносяться і особи з артеріальною гіпертензією, хворобами серця, цукровим діабетом. Серед кардиальних причин найбільш значущою є фібриляція предсердь, яка значно підвищує ризик розвитку інсульту. До значущих факторів ризику також відносяться стеноз сонних артерій, зловживання алкоголем, паління.

З іншого боку, на ранню діагностику інсульту суттєво впливає те, в якому ступеню володіють простішими методиками діагностики цього захворювання не тільки неврологи, але і лікарі загального профілю, а також персонал бригад швидкої медичної допомоги.

При викладанні лікарям-інтернам циклу сімейної медицини велика увага приділяється використанню простих заходів (наприклад, тесту «обличчя – рука – мова»), тесту ROSIER та клінічних шкал цими спеціалістами, а також вмінню розпізнати характерні симптоми (раптова слабкість або оніміння в кінцівках за гемітипом, порушення зору, мови, головокружіння, різкий головний біль). Ці заходи будуть сприяти реалізації сучасної тактики ведення пацієнтів з інсультом, які передбачають ранню госпіталізацію з метою уточнення діагнозу за допомогою методик нейровізуалізації.

Під час навчання на кафедрі ЗПСМтаВХ лікарі – інтерни багато часу приділяють заходам щодо вторинної профілактики інсульту, які спрямовані на запобігання розвитку повторного інсульта або інших серцево-судинних захворювань у пацієнтів, які перенесли інсульт або ТІА і повинні проводитись на другому тижні від початку розвитку катастрофи. Вторинна профілактика складається з декількох моментів.

Згідно сучасних рекомендацій ініціативної групи по інсульту (EUSI) та Європейського суспільства інсульту хворим з атеротромботичним, лакунарним або криптогеним інсультами необхідно призначати антитромбоцитарну терапію (ацетилсаліцилова кислота, клопідогрель, плавікс). Важливим аспектом вторинної профілактики інсультів є прийом статинів, які мають не тільки гіполіпідемічну, але і протизапальну дію. Обов'язковим є корекція факторів ризику шляхом зміни образу життя, відмови від паління, зниження ваги тіла, лікування артеріальної гіпертензії, фібриляції предсердь, нормалізації глікемії та ін.

Нажаль, у вітчизняній практиці достатньо часто можна зустріти парадоксальну реакцію, коли замість життєво необхідних препаратів, які включені в сучасні рекомендації по вторинній профілактиці інсультів, хворі протягом тривалого часу приймають тільки в кращому випадку ноотропи та вазоактивні препарати, в гіршому – біодобавки.

Важливим напрямком є розробка нових методик, які спрямовані на підвищення ефективності реабілітаційних заходів для хворих з МІ.

Українські спеціалісти, нажаль, недостатньо широко використовують прості заходи, які можуть допомогти в діагностиці інсульту і оцінці неврологічного ста-

тусу хворого, а саме, загально признані неврологічні шкали. Недостатньо активно проводиться і робота по модифікації факторів ризику розвитку інсульту з метою попередження розвитку у них цієї патології.

При використанні індивідуального підходу до ведення пацієнтів високого ризику можна досягти достатньо добрих результатів в плані первинної та вторинної профілактики інсультів. У зв'язку з цим існує необхідність створення реабілітаційних відділень для надання допомоги хворим з МІ.

Для профілактики інсульту повинна проводитись державна політика у галузі охорони здоров'я населення, успішне виявлення хворих на артеріальну гіпертензію, а також в національному масштабі повинні проводитись програми по зміні способу життя, характеру харчування населення.

Таким чином, виникнення інсульту можна попередити та запобігання інсульту є високо пріоритетною задачею світового товариства.

Література

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб.:Фолиант, 2002.
 2. Заболевания и патологические состояния, приводящие к нарушению мозгового кровообращения: этиология и факторы риска/А.А.Ашман и др.; ГОУ ВПО «СамГМУ» Росздрава. – Самара: ГОУ ВПО «СамГМУ» Росздрава, 2011. – 132с.
 3. Неврология: нац. рук./ под ред.Е.И Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б Гехт; АСМОК. – краткое изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 688с.
 4. Турчина Н.С., Уніч П.П., Крилова В.Ю. Сучасні підходи до діагностики та тактики лікування інсульту/ТІА /Новости медицины и фармации, №452. – 2013. – С.30 – 32.
 5. Stroke prevention and treatment. Recommendations of Stroke Initiative group, 2001.
- Wardlaw J.M. Differing risk factors and outcomes in ischemic stroke subtypes: focus on lacunar stroke//Future Neurol. – 2011. – 6. – 201 – 22.

УЧАСТЬ ІНТЕРНІВ-НЕЙРОХІРУРГІВ В ЛІКУВАННІ ПОРАНЕНИХ В ЗОНІ АТО

П'ятиков В.О., Кутувий І.О.

Постановка проблеми. Основною метою практичної підготовки лікарів-інтернів на кафедрі нейрохірургії ХНМУ є навчання їх професійним навичкам та здатності до самостійної лікувальної роботи в майбутньому.

З урахуванням особливостей сьогодення, можна зазначити, що від нейрохірургів потребується знання основ військово-польової нейрохірургії. Завдяки тому, що другою базою кафедри нейрохірургії ХНМУ є Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, лікарям-інтернам надається можливість безпосередньо брати участь у нейрохірургічних втручаннях поранених з вогнепальними ушкодженнями нервової системи.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування 228 поранених з бойовою травмою черепа та головного мозку. Постраждали отримали травму під час проведення АТО в період з травня 2014 по лютий 2016 року. Обстеження та лікування проводилось в умовах Військово-медичного клінічного центру Північного регіону та КЗОЗ «Харківська обласна клінічна лікарня та медицина катастроф». Нейрохірургічної допомоги потребували 176 військовослужбовців. З них

68 (63%) мали відкриту проникаючу бойову травму, оскольчасті поранення становили 72 (67%), кульові поранення 7 (6%), мінно-вибухова травма 29 (27%). Поєднані ушкодження отримали 60% поранених. Локалізація вхідного отвору з переломом кісток черепа: тім'яна ділянка - 31%, лобова – 24%, скронева – 14%; з залученням декількох відділів склепіння черепа – 13%, лобно-орбітальна ділянка – 11%, потилична – 4%, задня черепна ямка – 3%. За виглядом раневого каналу та пошкодженням речовини головного мозку розподіл був таким: сліпі проникаючі парабазальні поранення – 35%, касательні сегментарні – 24%, наскрізні діаметральні проникаючі поранення – 18%, радіальні – 13%, рикошетуючі – 10%. Час від моменту отримання травми до доставки в спеціалізоване нейрохірургічне відділення варіював від 3 годин (гвинтокрилом), до 16 годин (реанімобілем після отримання первинної допомоги в польовому госпіталі).

Залучення інтернів-нейрохірургів до лікувальної роботи кафедри сприяє підвищенню якості підготовки лікаря-нейрохірурга за рахунок розвитку клінічного мислення взагалі та творчого підходу до лікувального процесу кожного конкретного хворого зокрема.

Результати та їх обговорення. Радикальне хірургічне лікування виконано 115 (65%) пораненим, 61 (35%) постраждалий потребував повторного оперативного втручання. Летальність склала 9% (16 спостережень). Після надання нейрохірургічної допомоги та стабілізації стану поранені максимально швидко евакуювались на наступні етапи надання медичної допомоги 141 (80%). Первинний стан і ефективність хірургічного лікування був кращим у групі поранених, які евакуювані гвинтокрилом завдяки можливості проведення ранньої томографічної діагностики. Відновлення функції під час виживання у пацієнтів склало: 55% - повне відновлення; у 30% - часткове відновлення втрачених функцій; у 15% - зберігався грубий неврологічний дефіцит.

Висновки. 1) Доставка поранених із зони бойових дій гвинтокрилом сприяє максимально ранньому обстеженню в спеціалізованих лікувальних закладах та наданню їм адекватної медичної допомоги, що призводить до зменшення до- та післяопераційних ускладнень.

2) Участь лікарів-інтернів у повноцінному лікувальному процесі сприяє їх практичній підготовці та набуттю професійних навичок, здатності до самостійної лікувальної роботи в майбутньому.

ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ «ПРОТОКОЛІВ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ»

Пасієшвілі Л.М.

Робота лікаря-інтерна на перших етапах його трудової діяльності, безсумнівно, пов'язана з багатьма труднощами, серед яких, перш за все, первинний скринінг пацієнта з правильною постановкою діагнозу і розробкою плану обстеження і лікування. У такій роботі визнані допомагати «Протоколи ведення хворих ...» з різними нозологічними формами.

Протягом багатьох років створені «Протоколи ведення хворих ...» більшою мірою відповідали веденню пацієнтів на третинному рівні і стосувалися основних питань діагностики та лікування на стаціонарному етапі. Створення і розвиток сімейної медицини та/або спеціалізації «лікар загальної практики» поставило нові питання перед даними фахівцями. Це було пов'язано з тим, що, перш за все, такі

фахівці надають допомогу на первинному рівні, при якому обмежені як обсяг діагностичного пошуку, так і можливості лабораторно-інструментальних досліджень. В арсеналі лікаря загальної практики і сімейного лікаря практично немає інструментальних методів діагностики, за винятком ЕКГ, а лабораторні методи дослідження в більшості своїм проводяться на етапі поліклінічної служби, яка збережена в багатьох районах області. Крім того, ведення хворих лікарями первинної ланки досить часто є продовженням роботи фахівців вузького профілю після перебування пацієнтів в стаціонарі або консультативних заключень. Всі ці передумови з'явилися підставою до створення «Протоколів ведення хворих ...» для первинної ланки медичної допомоги.

Асоціацією сімейних лікарів України були розглянуті такі протоколи кількох країн: США, Великобританії, Польщі та ряду інших. І хоча створення власних протоколів було віддано провідним лікарям і дослідникам нашої країни, за основу було взято протоколи Великобританії, як найбільш адаптовані до нашої роботи. Особливістю цих протоколів була двояка спрямованість: їх написання проводилося як за нозологічними формами, так і по синдромальній належності. Спори про створення протоколів по синдромально підходу не вщухають і до теперішнього часу, проте їх розробка і публікація вже відбулася, що потребує їх вивчення на етапі підготовки лікарів-інтернів.

Проведення практичних занять з вивченням зазначених протоколів завжди викликає велику полеміку, тому що в них не передбачені багато питань, і перш за все, можлива коморбидність при наявності супутньої патології у пацієнта, гендерні та вікові особливості, ятрогенні захворювання та інші. Тобто з одного боку дані протоколи як би «полегшують життя лікаря», а з іншого, обмежують його в діях (і перш за все блокують клінічне мислення) заздалегідь приготованими і поданими маніпуляціями.

Найбільша кількість питань до таких протоколів у лікарів-інтернів виникає після річної заочного циклу, коли вони безпосередньо працюють з пацієнтами. Спостережувані ними різні клінічні ситуації часом не вкладаються в протокольні рекомендації, що змушує (і це найбільш прийнятно!) шукати додаткову літературу з виниклої проблеми. Тому при проведенні занять ми більшою мірою розбираємо ті методи діагностики та лікування, які не були представлені (хоча ці питання в обов'язковому порядку розглядаються), але і можливі пошукові напрямки, що дозволяють розширити знання лікаря і допомогти в його практичній діяльності. Такі заняття зазвичай проходять активно, тому що кожен лікар-інтерн намагається згадати випадки зі своєї практики і обґрунтувати обрану ним тактику у веденні хворого.

З найбільшою частотою обговорюються питання по найбільш часто зустрічаємих і соціально значущим захворюванням: ІХС, артеріальної гіпертензії, остеоартрози, ожирінні, цукровому діабеті. Практично всі ці нозологічні форми є провідними серед пацієнтів і вимагають індивідуального підходу. У такому випадку використання «Протоколів ...» виправдано, тому що основні моменти вони відображають. В той же час доповненням до означених «протоколів...» є розбор конкретних випадків означеного захворювання при наявності ускладнень.

Але найбільші суперечки на заняттях викликають протоколи по синдромально підходу, коли, з одного боку вони, як би, зводять лікаря на рівень обивателя (наприклад, «синдром кашлю»), що обумовлено можливістю такої постанов-

ки діагнозу, з іншого, дозволяють проводити диференційну діагностику вже на ранніх етапах (наприклад, «синдром халітозу»). Дебати з таких питань зазвичай жваві, тому що практична діяльність лікарів-інтернів на протязі року вже має свої пріоритети.

Незважаючи на значну кількість таких протоколів, на всі випадки життя їх скласти неможливо. Тому одним з питань на таких заняттях є їх складання лікарями-інтернами, але ні в глобальному вирішенні проблеми (наприклад, «артеріальна гіпертензія»), а в конкретній ситуації (наприклад, «артеріальна гіпертензія у хворих з постінфарктним кардіосклерозом» або «... при цукровому діабеті 1 типу»), при цьому надавши різні можливі ускладнення. Це дозволяє активізувати роботу інтернів, привнести в неї елемент самостійності і відповідальності.

ХАРКІВСЬКА ШКОЛА ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ – ПРИКЛАД ДЛЯ МОЛОДИХ ФАХІВЦІВ

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

Школа дитячої хірургії розпочала свій розвиток саме з м. Харкова оскільки перша кафедра дитячої хірургії на Україні була створена в 1934 р. на базі дитячого хірургічного відділення 5-ї дитячої лікарні і нараховувала 40 ліжок. Завідував кафедрою проф. С.Л. Мінкін.

Наукові напрямки досліджень визначалися згідно потреб того часу та продовжувались його наступниками серед яких були: А.В. Габай, Г.Т. Колесникова. Хірургічна школа – це знання, досвід і мануальна майстерність старших передана учням.

Засновником сучасної школи хірургів без перебільшення ми вважаємо професора В.С. Топузова – універсального хірурга зі складною, але яскравою долею. При ньому досягнення кафедри і клініки стали багато в чому відповідати високим вимогам світового рівня дитячої хірургії.

Дитяча хірургія є універсальною спеціальністю, де поєднані торакальна та абдомінальна хірургія, урологія, проктологія, онкологія, судинна та пластична хірургія. Інсталяція сучасних досягнень у повсякденну практику і сьогодні дозволяє кафедральному колективу високо нести свій професійний рівень.

Протягом останніх десятиліть одним з фундаментальних напрямків наукових досліджень було підвищення ефективності лікування гострих гнійно-запальних захворювань, що складають суттєвий відсоток усіх невідкладних хірургічних захворювань, та ускладнень.

Багато в чому ці дослідження були першими в Україні та країнах СНД .

Так був вперше було досліджено вплив та ефективність внутрішньотканиного електро - та діадинамофорезу антибіотиків у лікуванні таких тяжких запальних захворювань у дітей, як гнійний перитоніт, гостра деструктивна пневмонія, гострий гематогенний остеомієліт та пієлонефрит.

Застосування цього методу дозволило розробити резервні можливості адресного спрямування та накопичення протимікробних засобів в осередку запалення. Вивчена терапевтична цінність ліпосомальних форм антибіотиків та локальної гіпотермії.

Впровадження розроблених методик в обов'язкову програму лікування гнійних уражень у відділеннях АІТ та інших хірургічних відділеннях дозволило практично уникнути післяопераційних ускладнень.

Вперше був запропонований фотометричний та хромосканічний методи визначення життєздатності дискредитованих відрізків кишки, що має велике значення для хірургічної тактики.

Вагомі наукові дослідження проведено з приводу діагностики, тактики та оперативної техніки лікування кишкових нориць, практичну значущість яких важко переоцінити .

Вперше серед дитячих хірургів України достеменно досліджені сучасні особливості патогенної мікрофлори щодо до її резистентності, зокрема за рахунок утворення біоплівки. Доведена ефективність низькочастотного ультразвукового випромінювання та озонотерапії з метою руйнування останніх.

Сумісно з мікробіологами, нашими фахівцями вперше досліджений зв'язок циркадних ритмів захисту мікробів від впливу протимікробних заходів, що дає основу для розробки гнучкої антибактеріальної стратегії.

Вперше в Україні, у співпраці з генетиками, нами розпочато розробку цілого напрямку ранньої діагностики вроджених вад розвитку, яка складається з пренатального ультразвукового дослідження, сумісного консультування вагітних жінок та постнатального спостереження. Це дало можливість для виконання ранньої корекції хірургічних вад, що значно покращило результати та ефективність лікування дітей.

Навіть за останній 2016 рік серед новацій в дитячій хірургії було впроваджено:

- ендоскопічна корекція міхурово-сечовідного рефлюксу за Lich-Greguar у дітей **(вперше в Україні)**;
- одночасна білатеральна корекція вродженого двостороннього гідронефрозу у дітей раннього віку з мінідоступу **(вперше в Україні)**;
- заднемедиастинальна пластика стравоходу шлунком при атрезії стравоходу у дитини із множинними вродженими вадами розвитку **(вперше в Україні)**;
- вагінопластика з використанням методики монотобулярного сігмоїдального кольпопоеза у дітей **(вперше в Україні)**;
- Завдяки ініціативі в придбанні неонатального цистоскопу отримали розвиток методики стентування сечоводів у дітей раннього віку при мегауретері;
- Введені в практику різні варіанти біопсії печінки при її локальних і дифузних ураженнях;
- Продовжено впровадження сучасних методик реконструктивних операцій при колоректальних аномаліях (ТЕРТ).

Вагомі науково-практичні досягнення відображені в курсі лекцій, семінарів та практичних занять з лікарями- інтернами.

Особливу увагу приділяємо інтернам- дитячим хірургам сумісних регіонів, що проходять очний цикл на кафедрі. Враховуючи більш широкий об'єм оперативних втручань та значні потоки тематичних хворих інтерни мають можливість наочно побачити досягнення клініки. Все це сприяє зацікавленості молодих лікарів до наукових досліджень, дає можливість впроваджувати наші розробки в свою лікувальну практику, підвищує їх фаховий розвиток.

Високий науковий методичний підхід до впровадження сучасних лікувальних технологій в практику - основний важіль, що може приваблювати лікаря до постійного підвищення свого рівня освіти - гасло кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології ХНМУ.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Сипливий В.О., Євтушенко Д.В., Робак В.І., Євтушенко О.В.

Актуальність теми: Холедохолітиаз, як ускладнення ЖКХ, зустрічається в 20-30% випадків; 5% до 10% у пацієнтів с симптоматичним холелітиазом, яким виконують лапароскопічну холецистектомію, до 18% - 33% у пацієнтів з біліарним панкреатитом.

Мета роботи: Провести аналіз ефективності малоінвазивних втручань у пацієнтів з холедохолітиазом.

Матеріали та методи дослідження: Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 184 хворих з ускладненнями холелітиазу. Виділена група хворих на холедохолітиаз та обтураційну жовтяницю, яким проведено малоінвазивна корекція жовчотоку – 105 хворих. Вік хворих коливався від 31 до 88 років і в середньому склав 64,1±1,0 рік і. Чоловіків було-68 (37%), жінок 116 (63%). Для обстеження хворих використовували клініко – лабораторні, біохімічні, інструментальні, морфологічні методи дослідження. На першому етапі виконувалося ендоскопічне втручання - ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з екстракцією конкрементів. Другим етапом хірургічного лікування проводилося видалення жовчного міхура – лапароскопічна холецистектомія. Для аналізу та класифікації ускладнень використовувалася шкала Clavien-Dindo. Статистическая обработка данных производилась с Statistica 10.0 for Windows.

Результати: У 89 (84,7%) пацієнтів ЕПСТ була одномоментним втручанням - після проведення папілосфінктеротомії були видалені конкременти. У 9 (8,5%) пацієнтів внаслідок розвитку кровотечі із папілотомної рани ендоскопічне втручання було зупинено, а через 3-5 доби, після стабілізації стану хворих було проведено повторне успішне ендоскопічне втручання. У 98(93,2%) пацієнтів було досягнуто видалення конкрементів, які викликали обструкцію, та відновлено прохідність жовчної протоки. У 7(6,6%) пацієнтів ендоскопічна корекція жовчотоку була безуспішною і їм виконано відкрите оперативне втручання. Причиною відкритих оперативних втручань були: великі розміри конкрементів; стеноз ВДС. Аналіз лейкограми показав, що у пацієнтів з холедохолітазом та обтураційною жовтяницею у доопераційному періоді рівень лейкоцитів у середньому склав - $8,1 \pm 0,39 \times 10^9 / \text{л}$ з коливанням показників від 2,8 до $26,3 \times 10^9 / \text{л}$. Рівень паличкоядерних нейтрофілів склав $6,37 \pm 0,4\%$. На першу добу після оперативного втручання спостерігалось статистично значуще зниження рівня еритроцитів за гемоглобіну порівняно з доопераційними значеннями ($p < 0,001$), що було обумовлено операційною травмою. З третьої доби після відновлення жовчотоку відмічалась нормалізація показників гемограми. Рівень загального білірубину склав $85,9 \pm 8,3$ ммоль\л, з коливаннями від 20,9 до 303 ммоль\л. Починаючи від моменту відновлення жовчотоку відмічалась тенденція до нормалізації показників загального та прямого білірубину. На 5-6 добу після оперативного втручання середні показники загального білірубину знижувалися до $34,7 \pm 4,5$ ммоль\л для загального білірубину та прямого до $23,9 \pm 4,6$ ммоль\л. У ці терміни середні значення активності АСТ у 3 рази перевищували верхні значення норми, але були нижчими порівняно з доопераційними значеннями ($139,2 \pm 16$ та $161,7 \pm 21$ ОД\л відповідно, $p > 0,05$). Для АЛТ також була достовірна тенденція до зниження, але нормалізації показників не

спостерігалось, доопераційні показники $316,5 \pm 42,2$ Од\л; при виписці - $318,2 \pm 42,6$ Од\л.

Післяопераційні ускладнення: Grade 1-2 по Clavien-Dindo відзначені у 13 пацієнтів, Grade 3b - у 3 пацієнтів.

Висновки: Ендоскопічні втручання були успішними у 92,3% хворих на холедохолітіаз та обструктивну жовтяницю. холедохолітіаз, обструктивна жовтяниця.

О ПАРАЗИТАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Сипливый В.А., Гузь А.Г., Петренко Г.Д., Евтушенко Д.В., Мороз Е.Л.

Согласно статистики ВОЗ 95% населения являются носителями смертельных паразитов, которые в определенных ситуациях до какого-то времени скрыто существуют в организме, уничтожая иммунную систему человека, приводя к многочисленным заболеваниям вплоть до летальных исходов. На территории бывших СНГ паразиты остаются одними из наиболее массовых заболеваний – диагностировать, обнаружить их нередко бывает сложно, а хирургические осложнения в ряде случаев требуют оказания экстренной квалифицированной специализированной помощи хирурга, назначения в последующем этиотропной терапии.

Особенно тяжело протекают паразитарные заболевания у больных СПИ-Дом, учитывая их иммунологическую природу поражения нередко являясь одной из причин их гибели, а так же у гомосексуалистов и лесбиянок.

Цель работы: определить тактику, объем хирургического пособия, особенность лечения в раннем послеоперационном периоде у больных при паразитарных осложнениях в гнойной хирургии.

Материалы и методы. Последние годы в нашей практике в шести случаях выполнены urgentные оперативные вмешательства по поводу нагноившихся кист грудной клетки, подключичной области (3 случая), передней брюшной стенки (2 случая), стопы (1 случай). При гистологическом исследовании препаратов были обнаружены в их просвете инородные тела покрытые оболочкой, вероятнее всего, биологического происхождения – гельминт.

В клиническом анализе крови следует отметить повышенное СОЭ, эозинофилию.

Результаты и их обсуждение. Наиболее вероятными возбудителями можно считать филяридозы – группу тропических заболеваний, характеризующихся трансмиссивным путем передачи инвазии (кровососущие насекомые), медленным течением и развитием хронических воспалительных процессов в коже, подкожной клетчатке и лимфатической системе. Из известных в настоящее время 380 видов филяридозов хирургические осложнения вызывают только пять – вухерериоз, онхоцеркоз, лоаоз, дракункулез, аскаридоз.

Диагностика основывается на эпидемиологических, анамнестических, клинических результатов клинико – лабораторного исследования.

Сочетанные обнаружения паразита в препарате при наличии воспалительных явления в лимфатической системе требуют выполнения их биопсии. Результативен анализ дневной крови на микрофилярии, жидкости из калабарского отека.

Лечение абсцессов после их вскрытия производится с использованием обычных приемов гнойной хирургии. Однако хирургическое лечение должно до-

полняться специфическим химиотерапевтическим курсом согласованного с паразитологом.

Выводы: Интенсивная миграция населения на фоне существующей, наступившей, наблюдающейся социально-экономической дестабилизацией, ухудшения медицинского обслуживания способствуют все более частой встрече практикующих медиков с осложнениями паразитозов, что позволяет рассчитывать на актуальность нашего сообщения.

ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В ІНТЕРНАТУРІ

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

Підготовка лікарів-професіоналів стоматологів нового покоління невід’ємна від перебудування системи медичної освіти, що базується на процесі «освіта впродовж життя», який є основою для програми ЮНЕСКО «Освіта для ХХІ століття». На теперішній час підготовка фахівця лікаря-стоматолога потребує необхідність певних змін на післядипломному етапі навчання з урахуванням міжнародного досвіду підвищення якості медичної освіти, що вимагає розробки нових науково - педагогічних підходів, інновацій. Формування компетентного лікаря-стоматолога починається на першому курсі університету та продовжується все «стоматологічне» життя людини. Інтернатура – одна з головних ступенів цього процесу і, безумовно, залежить від якості освіти, рівня професорсько-викладацького складу. Особливо це питання стає гостро у наш час. Коли випускник кафедр післядипломної підготовки має шанс працевлаштування, як у себе на Батьківщині, так і в країнах Європи. Тому важливою проблемою післядипломної освіти стає її компетентне наповнення, розвиток професійної компетентності лікаря-стоматолога інтерна.

Метою нашого дослідження стало визначення мотиваційних критеріїв формування професійної компетентності у лікарів-стоматологів інтернів першого та другого років навчання.

Методи дослідження. Для вирішення завдання ми використали метод педагогічного моніторингу – анонімного дослідження (анкетування) серед лікарів-інтернів 1 (28 осіб) та 2 (20 осіб) років навчання на кафедрі стоматології ХНМУ.

Результати дослідження. Один з основних критеріїв формування професійної компетентності є особистий компонент, який складається із мотиваційних моментів вибору професії, цілей, інтересу щодо обраної спеціальності, бажання займатися дослідницькою роботою, оволодінням різноманітних методик в рамках професії, об’єктивністю і самокритичністю щодо оцінки особистих досягнень. При формуванні професійної компетентності майбутнього лікаря-стоматолога невід’ємно виникає проблема формування особистих якостей, необхідних для реалізації у професії: інтелектуальних, креативних, мотиваційних тощо. Із всього різноманіття якостей, що формують ПК, мотивація вибору професії займає перше місце. Саме з неї починається весь процес становлення компетентності. Більшість інтернів вибір професії в 17-18 років зробили свідомо (78 %). Це була «мрія дитинства», «бажання бути схожим на лікаря, у якого лікується», продовження династії лікарів. Однак невеликий відсоток опитаних відповіли, що це був вибір батьків (11 %), перспектива престижної роботи (6 %) та високого заробітку (5 %). Але в процесі навчання в університеті, а потім в інтернатурі моти-

ваційні аспекти змінилися в бік розуміння важливості вибору професії і в 65 % відповіли, що такі якості лікаря як, самовідданість, професіоналізм, цілеспрямованість, працьовитість повинні бути головними для спеціаліста з високими професійними компетентностями. Звертає на себе увагу той факт, що лікарі інтерни 1 року навчання в аспекті ПК роблять акцент на процесі оволодіння сучасними методиками лікування, тоді як інтерни 2 року вже говорять про «чуттєве відношення щодо пацієнтів, бажання знайти підхід до кожного під час спілкування з ними», а деякі вказують на необхідність введення в курс інтернатури предмету психології. Неможна не відмітити і той факт, що на фоні благородної мети - допомоги пацієнтам, лікарі-інтерни не забувають і прагматичну складову особистого компонента ПК, яка, на наш погляд, виправдана в умовах конкуренції на стоматологічному ринку. Це створення своїх клінік, які потребують від стоматолога як високого професіоналізму, так і певних якостей спілкування із пацієнтами та колегами. Амбіційність сучасних лікарів-стоматологів інтернів, при правильному і тактичному відношенні до них з боку професорсько-викладацького складу, дозволить сформувати ПК, яка буде конкурентоспроможна.

Висновок. Таким чином, формування професійної компетентності лікаря-стоматолога саме на етапі інтернатури - важливий етап, що визначає мотиваційний компонент, надає розуміння всієї складності вибраної спеціальності, створює умови для формування інших компонентів.

МОТИВАЦІЙНИЙ АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

*Товажнянська О.Л., Некрасова Н.О., Каук О.І.,
Лапшина І.О., Ярош В.А.*

Особливість підготовки майбутніх лікарів є предметом наукових досліджень К. Аймедова, І. Вітенка, Н. Гончарової, Л. Дудікової, М. Жукової, А. Мельника та ін. [1,3,4,6].

Випускник медичного вищого навчального закладу повинен бути готовий до здійснення профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної, психолого-педагогічної, організаційно-управлінської та науково-дослідницької діяльності [5]. Оволодіння зазначеними видами діяльності в процесі професійного навчання неможливо без сформованих у лікарів-інтернів мотивів придбання глибоких і міцних медичних знань, умінь і навичок, без спрямованості на саморозвиток і самореалізацію в обраній сфері праці. Знання мотивів дозволяє проникнути у внутрішній світ особистості лікаря-інтерна, зрозуміти, чим є для нього сама виконувана навчально-професійна діяльність, який особистісний сенс вона має.

У науковій психологічній літературі проблема мотивів діяльності і поведінки є однією з провідних (Л. Божович, В. Вілюнас, Ж. Годфруа, Є. Ільїн, А. Ковальов, О. Леонт'єв, А. Маслоу, К. Платонов, С. Рубінштейн, П. Рудик, Х. Хеккаузен і ін.) [1,4,6]. При цьому кожна концепція сутності мотиву має своє «... раціональне зерно, що відбиває одну зі сторін мотиву як підставу дії, вчинку, діяльності, поведінки» [2].

За останній час проведено ряд досліджень, присвячених вивченню психологічних основ професійної підготовки лікаря (І. Вітенко, Ю. Вороненко, І. Климкович, А. Сердюк, А. Мельник, О. Мінцер та ін.); формування комунікативної компетентності лікарів-педіатрів (Л. Цветкова), професійних якостей ліка-

ря (М. Будзяк); підходів у технології навчання студентів-медиків (Н. Гончарова, О. Морозова, І. Сухомлінова та ін.); соціально-психологічних факторів успішності діяльності лікаря (М. Жукова); інновацій у медичній освіті (А. Протопопов, А. Авер`янов, Д. Дорогойкін, Д. Суєтенков. Н. Клоктунова та ін.) тощо.

На думку Г. Балла та П. Перепелиці [7], у структурі довготривалої готовності як комплексної здібності можна виокремити такі сторони: мотиваційну, що відіграє стрижневу роль, інструментальну (яка визначає зміст та стильові особливості) та вольову, що забезпечує її реалізацію в реальних умовах.

Метою нашого дослідження стало вивчення мотиваційного аспекту в формуванні готовності до професійної діяльності у лікарів-інтернів.

Робота проводилась на базі кафедри неврології №2 Харківського національного медичного університету та охоплювала 33 респондента, які проходили інтернатуру за спеціальностями «Неврологія» та «Загальна практика - сімейна медицина».

Рівень розвитку мотивації майбутніх лікарів ми визначали за методикою Дуткевич Т. та Савицької О. «Визначення провідних мотивів професійної діяльності» [4].

Для вивчення провідних мотивів лікарів-інтернів щодо навчання у Харківському національному медичному університеті та їх ставлення до професії лікаря нами було проведено анкетування.

Проведений аналіз показав, що більшість лікарів-інтернів (41,3%) при прийнятті рішення навчатися в медичному вищі керувалась на сам перед рекомендаціями батьків, у 24,6% - це була їх мрія, 17,8% вибрали ХНМУ, бо це престижний ВНЗ та 8,2% керувались порадами друзів, які вже навчаються в даному вищі. 8,1% лікарів-інтернів вказали інші причини, серед яких були такі: «бо це гуманна професія», «завжди мріяла бути лікарем», «бо лікар багато заробляє» та інші. (рис. 1)

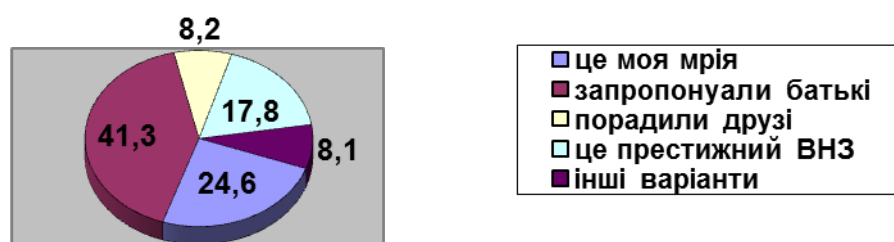


Рис.1 Представленість основних мотивацій вступу в медичний ВНЗ серед лікарів-інтернів

Серед найбільш бажаних досягнень в житті більшість лікарів-інтернів (67,4%) зазначили «зробити кар'єру», 57,4% - «стати кваліфікованим спеціалістом», 52,9% - «багатство». Тільки 18,4% вказали «принести користь своїй країні» та 12,7% вибрали «сімейне щастя». Звертає на себе увагу що «спокій та можливість ні в що не втручатися» не вибрав жодний лікар-інтерн, а тільки 6,9% бажають «бути вільним та незалежним у своїх рішеннях і вчинках». На наш погляд, це зумовлено непевністю в своїх намірах та психологічною неготовністю до професійної діяльності на даному рівні (рис. 2):

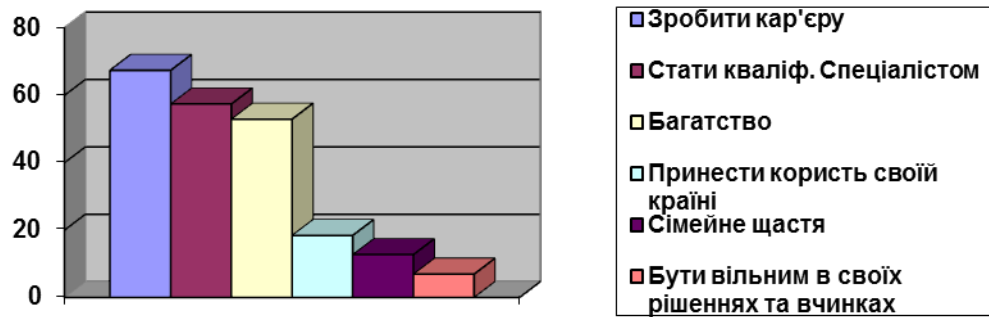


Рис. 2. Бажані досягнення в житті на думку лікарів-інтернів

Процес формування психологічної готовності до професійної діяльності лікарів-інтернів здійснювався шляхом проведення активних методів навчання (тренінги, проблемні лекції, дискусії, ділові та рольові ігри тощо) та створення позитивної «Я – концепції».

Дослідження довело дієвість запропонованих умов розвитку психологічної готовності до професійної діяльності, а саме: упровадження в навчально-пізнавальну діяльність активних методів навчання (тренінги, проблемні лекції, дискусії, ділові та рольові ігри тощо); розвиток у лікарів-інтернів усвідомленої потреби у здобутті професійних знань, умінь та навичок; формування в процесі навчально-пізнавальної діяльності позитивної професійної «Я-концепції», що стимулює професійне становлення та особистісне зростання.

Література

1. Аймедов К. В. Перспектива застосування у закладах вищої медичної освіти методів випереджаючого навчання / К.В. Аймедов // Медична освіта. - 2013. - №1. - С. 83 - 84.
 2. Божович Л. И. Проблемы формирования личности / Л. И. Божович. М., 2001. - 352 с.
 3. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря: [монографія] / І. С. Вітенко. Х. : Золоті сторінки. - 2002. - 392 с.
 4. Дуткевич Т. В. Практична психологія: вступ у спеціальність [навчальний посібник] / Т. В. Дуткевич, О. В. Савицька. К. : Центр учбової літератури. - 2007. - 256 с.
 5. Медична психологія: [підручник] / І. С Вітенко. – К. : Здоров'я, 2007. – 208 с.
 6. Мельник А. Деякі питання професійної підготовки фахівців медичного профілю у контексті сучасних інтеграційних процесів / А. Мельник // Вісн. Львів. ун-ту. Сер. «Педагогіка». – 2010. – Вип. 26. – С. 34 – 40.
- Психологічні аспекти гуманізації освіти: книга для вчителя / за ред. Г. О. Балла. – К.: Рівне, 1996. – 174 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

*Тучкіна І.О., В'юн В.В., Гузь І.А., Благовещенський Є.В., Вигівська Л.А.,
Демиденко О.Д., Качайло І.А., Рубінська Т.В., Меренкова І.М.,
Покришко С.М., Копітько С.М.*

Протягом всієї історії медицини ведеться пошук інноваційних, більш доскона-

лих методів навчання, що дозволило би зробити навчальний процес максимально ефективним для кожного лікаря-інтерна. Необхідно зазначити, що одним із засобів удосконалення навчальної програми є оптимальне поєднання різних форм роботи на заняттях [1]. Це залежить від рівня базових знань тих, хто навчається, оснащення категорій клінічної бази лікувального закладу, індивідуальних особливостей тих, хто навчається і вміння викладача надати можливість всім членам навчальної групи працювати відповідно до їхніх здібностей, інтересів, нахилів [2].

Згідно з визначенням Міжнародної федерації медичної освіти, її можна розділити на три складові: до дипломне, післядипломне і безперервне професійне навчання. Саме в період лікарського стажування в інтернатурі повинно поглиблювати знання та навички, які дозволять молодому фахівцю працювати з пацієнтами на сучасному рівні. Медицина єдина галузь, де позитивний результат можна отримати тільки поєднавши зусилля професіонала та об'єкта його діяльності, тобто пацієнта [1,2].

Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології розташована на базі КЗОЗ «Харківський пологовий будинок № 1». Основною вимогою пологового стаціонару є постійна готовність медичного персоналу до швидкого надання висококваліфікованої допомоги жінкам з гінекологічною патологією, вагітним та породіллям. Завдяки науково-тематичним кафедральним пошукам, лікарі-інтерни мають додаткову можливість працювати з пацієнтками, знайомитись з новітніми формами їх обстеження, аналізом результатів їх лікування, а також приймати участь у навчанні он-лайн. Це дозволяє формувати уміння сприймати майбутню лікувальну діяльність, як креативний творчий процес.

Як доповнення до базисних методів навчання, на кафедрі широко використовується масив клінічних задач, в створених співробітниками кафедри. Застосовуються численні навчальні відео матеріали, проводиться демонстрація електронних мікрофотографій високої якості, що дозволяє створити навчальний процес більш наочним.

Крім того, завдяки наявності на кафедрі спеціалістів вищої кваліфікаційної категорії з дитячої гінекології, заняття з цієї дисципліни викладаються лікарям-інтернам паралельно з демонстрацією рідкої патології у дівчат та дівчат-підлітків.

Вирішення багатокomпонентних інтерактивних клінічних задач із наданням друкoваних розгорнутих пояснень, допомагає розвивати клінічне мислення лікарів-інтернів. Розбір рідкісних випадків із мультимедійної презентацією даних додаткових методів обстеження пояснює лікарям-інтернам, що представлена в підручниках класично клінічно картина захворювання може суттєво видозмінюватися, в залежності від індивідуальних характеристик пацієнток, наявності супутніх захворювань, способу життя та інших факторів. Метод рецензування усної відповіді колегами у групі забезпечує високий рівень уваги лікарів-інтернів протягом обговорення теми і одночасно вчить їх правильно формувати власну відповідь.

Важливим також є підвищення рівня креативності викладача вищої школи, що є невід'ємною складовою його професійної діяльності, а отже, високої якості навчального процесу.

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.

Юліш Є.І., Чернишова О.Є., Сорока Ю.А. Особливості навчального процесу на клінічних кафедрах. «Здоровье ребёнка». – Научно-практический журнал, № 5. - 2011. – С. 97-99.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ

Шапкін В.Є.

Хвороби органів дихання є досить розповсюдженою терапевтичною патологією. З урахуванням високої частоти ГРВІ серед населення, щорічних пандемій грипу та їх тісного етіопатогенетичного зв'язку з негоспітальними пневмоніями та бронхітами даний розділ внутрішніх хвороб є досить актуальним в амбулаторній ланці сучасної медицини [2]. Тим більше, що саме сімейні лікарі та дільничні терапевти і педіатри курують більшу частину цих хворих [1]. Усе це обумовлює значення володіння питаннями пульмонології сімейними лікарями.

Основна мета навчання сімейних лікарів-інтернів – це формування фахівця, як організатора та координатора лікувально-діагностичної та профілактичної роботи на територіальній дільниці. Підготовка лікарів з загальної практики – сімейної медицини повинна здійснюватися відповідно до чинних директивних документів і згідно вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста за спеціальністю «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 циклу спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних навчальних закладів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Остання редакція цього документу вийшла у 2015 році. Програма охоплює весь обсяг необхідних теоретичних знань, умінь і практичних навичок, необхідних лікарю-спеціалісту для майбутньої самостійної роботи в закладах первинної ланки охорони здоров'я та надання кваліфікованої лікарської допомоги хворим і потерпілим. Розділ «2.2 Інтегроване ведення і маршрут пацієнтів із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами органів дихання» розраховано на 46 навчальних годин (лекції – 2 г., практичні заняття - 36 г. та семінарські – 8 г.). До складу розділу входять такі нозологічні форми як ГРВІ, бронхіти, негоспітальна пневмонія, ХОЗЛ, бронхіальна астма та плеврити. Окремо винесено питання клінічної фармакології основних груп лікарських засобів, що використовуються для лікування пацієнтів із захворюваннями органів дихання. Практичні навички з пульмонології - серцево-легенева реанімація, пікфлоуметрія, спірографія та небулайзерна терапія.

Навчальна програма регламентує по кожній нозологічній формі вивчення критеріїв діагностики, диференційного діагнозу, принципів лікування, заходів профілактики та спостереження, питань МСЕК, навчання пацієнта. З іншого боку навчальний час регламентовано, тому необхідний раціональний перерозподіл часу при вивченні підтем. Для лікаря загальної практики – сімейної медицини досить актуальними та специфічними є питання первинної профілактики. Серед клініцис-

тів тільки лікарі амбулаторної ланки мають змогу проводити даний вид роботи. А з урахуванням профілактичної спрямованості сучасної медицини можна стверджувати, що сімейна медицина є базисом всієї системи охорони здоров'я. Тому викладачу слід акцентувати увагу на обговорення питань профілактики [2]. У якості прикладу розглядується викладання профілактичних заходів проти ГРВІ, які повинний здійснити лікар загальної практики на своїй дільниці.

ГРВІ, особливо грип, провокує розвиток багатьох хвороб легенів, насамперед, бронхітів та негоспітальних пневмоній. З-за своєї поширеності хворі на ГРВІ лікуються переважно не інфекціоністами, а дільничними лікарями. Первинна профілактика ГРВІ полягає в підвищенні факторів неспецифічної резистентності. Пацієнтам рекомендуються заняття спортом, загартовування, повноцінне харчування, прийом адаптогенів. В організованих колективах в період піку епідемії грипу доцільно використовувати противірусні засоби впродовж 20-30 днів. В осередках ГРВІ для екстреної профілактики контактних з хворими противірусні препарати призначаються 7 днів. Слід зазначити, що найкращий час прийому цих засобів – за 1-2 години до виходу на роботу. У якості засобу хіміопрфілактики також можна використовувати міотропний спазмолітик дибазол, що також має виразну вірицидну дію та може застосовуватися як у дорослих так і дітей впродовж 7 днів. Окрім пероральних засобів можливо застосувати мазі та краплі. Наприклад, оксолінова мазь для змазування порожнин носу. Досить найрозповсюдженим засобом профілактики є людський лейкоцитарний інтерферон (інтраназально по 5 краплин в кожний носовий хід 3 рази на добу з інтервалом не менше 6 годин впродовж до 4 тижнів). Доцільним є використання інтерферону в епідемічних осередках ГРВІ в дошкільних лікувальних закладах. У якості пасивної специфічної імунопрофілактики ГРВІ застосовується людський імуноглобулін (1–1,5 мл внутрішньом'язово) та специфічний протигрипозний імуноглобулін (1 мл внутрішньом'язово). Велике профілактичне значення має вакцинація інтраназально живою вакциною або парентерально інактивованою вакциною. Вона показана особам, які складають групу високого ризику захворювання. Це медичні працівники, хворі на туберкульоз, особи з імунодефіцитними станами.

В осередку ГРВІ здійснюються епідемічні заходи. В дитячих колективах застосовується карантин впродовж 7 і більше днів. Особи, які є джерелом інфекції ізолюються. Проводять поточну та заключну дезінфекцію (вологе прибирання, посуд обдають крутим окропом, білизну кип'ятять, тощо), знезаражування повітря помешкань (провітрювання, ультрафіолетове опромінення, застосування хімічних засобів). Необхідно дотримуватися особистої гігієни в осередку - використовувати вологу марлеву маску з 6 шарів та більше, мити руки після контакту з хворими, приймати душ.

Перед початком амбулаторного лікування сімейний лікар повинен відокремити хворих, яким показана госпіталізація – це пацієнти з ускладненими формами захворювання, з тяжкою супутньою патологією, особи з організованих колективів, яким неможливо забезпечити адекватний протиепідемічний режим по місцю проживання. Але більша частина хворих на ГРВІ лікується амбулаторно з урахуванням дотримання санітарно-епідемічного режиму вдома. Ліжковий режим призначається на весь період гіпертермії.

Рекомендується повноцінне харчування, рясне тепле солодке питво. Призначаються противірусні, жарознижуючі, відхаркувальні та інші засоби.

Важливим засобом вторинної профілактики ГРВІ є диспансеризація осіб, які часто хворіють на ГРВІ. Вони оглядаються сімейними лікарями не рідше 2 разів на рік. Також проводяться спірографія, клінічний аналіз харкотиння, консультація отоларинголога. Проводиться комплекс загальнооздоровчих заходів: профілактичний прийом вітамінів та адаптогенів двічі на рік, загартовування, масаж, ЛФК, санаторно-курортне лікування, боротьба з тютюнопалінням та зловживанням алкоголю.

У цілому, підвищення якості викладання хвороб дихальної системи повинно поліпшити надання медичної допомоги населенню сімейними лікарями.

Література

1. Казаков Ю.М., Бурмак Ю.Г., Петров Є.Є., Чекаліна Н.І. Організаційні основи первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Полтава, ТОВ «Фірма «Техсервіс» 2016 р. – 192 с.
2. Пульмонологія та фтизіатрія (підручник: у 2-х томах) / Ю. І. Фещенко, І. Г. Ільницький, В. М. Мельник, В. П. Мельник, О. В.Панасюк; під ред. Ю. І. Фещенко, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ - Львів : Атлас, 2009. – 1336 с.
3. Сімейна медицина: Підручник: у 3-х т. Т.1 / О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік, А.С. Свінцицький та ін.; за ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік. – К.: Медицина, 2013. – 672 с.

ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ «ВІРТУАЛЬНИЙ ПАЦІЄНТ» У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Шевченко О.С., Матвеева С.Л., Погорелова О.О.

Навчання лікарів-інтернів потребує спеціального підходу у порівнянні зі студентами, оскільки інтерн має відносно достатню теоретичну базу, але йому все ще бракує досвіду та вміння швидко та правильно орієнтуватися в різних клінічних ситуаціях. Багато клінічних ситуацій, з якими може зіткнутися молодий спеціаліст, не виникають в клініці під час його навчання. Саме тому важливим є впровадження в навчання лікарів-інтернів симуляційних методів.

Мета: порівняти результати навчання інтернів методом звичайного викладення практичного заняття з проведенням заняття з використанням технології «віртуальний пацієнт».

Матеріали і методи. Нами були відібрані 2 групи інтернів терапевтичного профілю, які мали приблизно однакову поточну успішність та вихідний рівень знань. Всі інтерни на достатньому рівні володіли англійською мовою.

З першою групою було проведено практичне заняття на тему «Ведення хворого на туберкульоз» за класичною патерналістичною моделлю, коли перша частина заняття була побудована за принципом лекції, а друга – «запитання – відповідь».

У другій групі до класичної моделі було додане вирішення клінічних ситуацій у системі «eViP Electronic Virtual Patients». Ця система була обрана нами за те, що запитання не передбачають однозначно правильної чи неправильної відповіді. В залежності від обраного інтерном варіанту клінічна ситуація розвивається далі і інтерн бачить наслідки свого вибору.

Наприкінці заняття в обох групах була проведена оцінка кінцевого рівня знань, а також опитування інтернів щодо їх зацікавленості в занятті.

Результати. Друга група виявила порівняно більшу активність та зацікавленість у ході заняття. При оцінюванні кінцевого рівня успішності виявилось, що в другій групі рівень засвоєння знань був на 15,8% кращим, ніж в першій. Крім того інтерни другої групи наприкінці заняття вказали, що цей досвід був для них цікавим і висловили бажання вирішити інші клінічні ситуації у системі «віртуальний пацієнт». Вони відмітили, що дана програма дозволила їм вирішити нестандартну клінічну ситуацію і при цьому дала можливість відчути відповідальність за прийняті ними клінічні рішення.

Висновки. Використання технології «Віртуальний пацієнт» у навчанні лікарів інтернів дозволяє зацікавити інтернів у матеріалі заняття, підвищити рівень засвоєваних знань та створити умови для вирішення клінічних ситуацій, які можуть в подальшому зустрітися у професійній діяльності лікаря.

ЗМІСТ

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

**ПРО СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ3**

Бабак О.Я., Лапішина К.А., Башкірова А.Д.

**ДОКТОРАНТУРА ФІЛОСОФІЇ: НОВА КОНЦЕПЦІЯ
НАВЧАННЯ АСПРАНТА12**

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

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АКТУАЛЬНІСТЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №114**

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

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ КЛІНІЧНИХ ОРДІНАТОРІВ.....15**

Бездітко П.А., Панченко М.В., Тарануха О.О., Мужичук О.П.

**ЗНАЧЕННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ПРОГРАМІ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФТАЛЬМОЛОГІВ18**

Бойко В.В., В'юн В.В., Мінухін Д.В., Макаров В.В.,

Гончаренко Л.Й., Доценко Д.Г., Шевченко О.М.

**СТАНДАРТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇХ МІСЦЕ
У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ19**

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

**ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ
УНІВЕРСИТЕТІ.....21**

Волкова Ю.В., Науменко В.О., Дубівська С.С.

**ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ
ЯК ІНСТРУМЕНТУ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ
ІНТЕРНІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ22**

Гончарь М.О., Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г., Логвінова О.Л., Омельченко О.В.

**ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ
НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ
НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ №1 ТА НЕОНАТОЛОГІЇ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ24**

Гопцій О.В., Панченко Г.Ю., Бурлака В.В.

СУЧАСНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ В МЕДИЧНИХ ВУЗАХ26

Гречаніна О.Я., Гречаніна Ю.Б., Молодан Л.В., Здибська О.П., Бугайова О.В.

ПРО ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

СУМІЖНИХ КАФЕДР НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ.....	27
<i>Гуйда П.П.</i> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНАХ	28
<i>Гуйда П.П.</i> КРИТЕРІЇ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ.....	30
<i>Гуйда П.П.</i> ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ПИТАНЬ РЕВМАТОЛОГІЇ.....	32
<i>Дащук А.М., Чернікова Л.І.</i> СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ»	33
<i>Дащук А.М., Чернікова Л.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ».....	35
<i>Дащук А.М., Чернікова Л.І.</i> ПРО ПІДГОТОВКУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА» НА СУМІЖНОМУ ЦИКЛІ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ ТА ХВОРОБ ШКІРИ».....	38
<i>Дубівська С.С., Бітчук М.Д., Науменко В.О.</i> СИМУЛЯЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ – ІНТЕРНІВ.....	40
<i>Журавльова Л.В., Лопіна Н.А., Лахно О.В., Цівенко О.І.</i> ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ВЕБ-ТЕХНОЛОГІЙ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №3 В БЕЗПЕРЕРВНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ.....	42
<i>Журавльова Л.В., Цівенко О.І., Лахно О.В.</i> ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ЗА ФАХОМ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ» НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №3	45
<i>Завгородній І.В., Сидоренко М.О., Сокол К.М.</i> ЕКОЛОГІЧНО НЕБЕЗПЕЧНІ ОБ'ЄКТИ В ХАРКІВСЬКІЙ ТА ІНШИХ ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ НЕСУТЬ ЗАГРОЗУ ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНІВ	47
<i>Завгородній І.В., Сидоренко М.О.</i> СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗАВДАННЯ ГІГІЄНИЧНИХ КАФЕДР	49

Зайченко О.Є., Панченко Г.Ю., Яресько М.В.

**СИМУЛЯЦІЙНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №150**

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

**ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ» СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»52**

Зелена І.І., Железнякова Н.М., Панченко Г.Ю.

**КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ
В МЕДИЦИНІ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ54**

Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В., Бондар О.Є., Меркулова Н.Ф.

**НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН
У ПЕЧІНЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ НСV-ІНФЕКЦІЇ
В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ56**

Кравчун П.Г., Шелест О.М., Борзова О.Ю., Добровольська І.М.,

Ломакіна О.В., Шушляпін О.І., Ринчак П.І.

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА ТА АНАЛІТИЧНА РОБОТА
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ, ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПІДГОТОВКИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ТЕРАПІЯ»59**

Кравчун П.Г., Добровольська І.М., Кожин М.І., Ломакіна О.В.,

Шумова Н.В., Шушляпін О.І., Ковальова Ю.О.

**ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ
НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ61**

Криворучко І.А., Тесленко С.М., Сивожелізов А.В., Дроздова А.Г.

**СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ХІРУРГІЯ»65**

Кузнєцов С.В., Ольховський Є.С.

**КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНИХ
КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ
ЕПШТЕЙНА-БАРР66**

Кузнєцов С.В., Кучеренко О.О., Жаркова Т.С., Кучеренко М.В.

**НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ НА КАФЕДРІ
ДІТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ67**

Курлан Н.Ю., Ольховська О.М.

**ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ЯК ОСНОВНА СКЛАДОВА
У БОРОТБІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ69**

Лутир А.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ.....	70
<i>Макєєва Н.І., Саратов В.М., Одинець Ю.В., Губар С.О., Казанов В.Я.</i> НАУКОВО-ПРАКТИЧНА РОБОТА – ВАГОМА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНА-ПЕДІАТРА	73
<i>Малик Н.В.</i> ПРОФІЛАКТИКА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	74
<i>П'ятикоп В.О., Кутовий І.О.</i> УЧАСТЬ ІНТЕРНІВ-НЕЙРОХІРУРГІВ В ЛІКУВАННІ ПОРАНЕНИХ В ЗОНІ АТО	76
<i>Пасієшвілі Л.М.</i> ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ «ПРОТОКОЛІВ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ»	77
<i>Пащенко Ю.В., Давиденко В.Б., В'юн В.В.</i> ХАРКІВСЬКА ШКОЛА ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ – ПРИКЛАД ДЛЯ МОЛОДИХ ФАХІВЦІВ	79
<i>Сипливий В.О., Євтушенко Д.В., Робак В.І., Євтушенко О.В.</i> ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	81
<i>Сипливий В.А., Гузь А.Г., Петренко Г.Д., Євтушенко Д.В., Мороз Е.Л.</i> О ПАРАЗИТАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ.....	82
<i>Соколова І.І., Стоян О.Ю., Денисова О.Г.</i> ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В ІНТЕРНАТУРІ	83
<i>Товажнянська О.Л., Некрасова Н.О., Каук О.І., Лапина І.О., Ярош В.А.</i> МОТИВАЦІЙНИЙ АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	84
<i>Тучкіна І.О., В'юн В.В., Гузь І.А., Благовещенський Є.В., Вигівська Л.А., Демиденко О.Д., Качайло І.А., Рубінська Т.В., Меренкова І.М., Покришко С.М., Копітько С.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ».....	86
<i>Шапкін В.Є.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ.....	88
<i>Шевченко О.С., Матвєєва С.Л., Погорєлова О.О.</i>	

ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ «ВІРТУАЛЬНИЙ ПАЦІЄНТ» У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	90
--	-----------

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

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

Матеріали 43-ї науково-методичної конференції, присвяченої 50-річчю за-
початкування інтернатури в Харківському національному медичному уні-
верситеті

Відповідальний за випуск В'юн В.В.

Формат 60×84/16. Ризографія. Ум. друк. арк.3,75.
Тираж 100 прим. Зам. № 16-33158

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.