

здравых рассуждений. Соответственно, первостепенную значимость в работе преподавателей кафедры биологии ФПДП играет поиск таких подходов к преподаванию предмета, при которых слушатели уходят с занятия не с «мертвым грузом» ненужной информации, а с актуальными знаниями и умениями, которые позволят им решать насущные проблемы, как в настоящем, так и в будущем. Задача педагога так выстроить процесс обучения и воспитания, чтобы помочь раскрыться духовным силам абитуриента, научить его мыслить, привить навыки универсальных практических действий. Следовательно, компетентностный подход позволяет направить педагогическую деятельность на вовлечение слушателей факультета профориентации и довузовской подготовки Витебского государственного медицинского университета в активный, осознанный учебный процесс, на развитие информационных, коммуникативных, учебно-познавательных компетенций и раскрытие личностного потенциала абитуриентов.

### Литература

1. Болотов В.А. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. 2003. – №10. – С. 8-14.
2. Вербицкий А.А. Личностный и компетентностный подходы в образовании: проблемы интеграции: учеб. пособие / М.: Логос. 2009. 96 с.
3. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // Высшее образование сегодня. 2003. – №. 5. С 26-28.

УДК 616.1/9:378.046-021.65

## РОЛЬ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ - ИНТЕРНОВ

Малик Н.В.

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней*

Система здравоохранения нашей страны пребывает на этапе реформирования. Прежде всего реформированию подлежит система первичной медицинской помощи. Область диагностической и лечебной компетенции семейного врача становится значительно шире, чем у поликлинического терапевта. Семейный врач должен стать главным звеном медицинской помощи.

В положении врача общей практики среди перечисленных видов его деятельности и персональных задач, отвечающих им, на первом месте стоят профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов [1].

В нашей стране в общей структуре населения большую часть занимают люди пожилого и старческого возраста. Этот процесс влияет на всю жизнь общества – экономику, политику, социальную сферу и здравоохранение, отражается на таких характеристиках, как заболеваемость, инвалидность, смертность, на потреб-

ностях разных видов медицинской и социальной помощи, структурной организации этой помощи, а так же на подготовке медицинских кадров [2, 4].

На кафедре общей практики – семейной медицины и внутренних болезней ХНМУ преподавание материала семейным врачам – интернам ведется с точки зрения синдромального подхода к диагностике заболеваний. К большому сожалению, при наличии постоянных тестовых заданий на протяжении всего обучения в университете будущие доктора на практике испытывают большие трудности в диагностике и лечении, когда необходимо самостоятельно поставить диагноз, а не выбрать один правильный ответ из предложенных. Поэтому очень важно формировать клиническое мышление врача – интерна. Это совсем не исключает работу с научной литературой, но будущий врач должен большую часть времени проводить у постели больного. Для достижения поставленной цели на практических занятиях врачи – интерны учатся выделять ведущий клинический синдром, который обуславливает тяжесть состояний больного, ставить синдромальный диагноз. На занятиях обговариваются особенности дифференциальной диагностики, обследования, лечения и диспансерного наблюдения за пациентами. Так же врачи – интерны учатся учитывать социальные и бытовые условия, в которых пребывает пациент и на фоне которых разворачивается заболевание, так как нельзя рассматривать пациента отдельно от окружающей среды.

При обучении циклу семейной медицины большое внимание уделяется тому, что при болезни одного из членов семьи доктор должен наблюдать за состоянием здоровья и жизнедеятельностью всей семьи. Глубокое знание условий быта, проблем, причин конфликтов в семье, как факторов, способствующих возникновению тех или иных заболеваний – это главное оружие семейного врача [5, 6].

В общемедицинской практике есть, так называемые, «легкие» случаи, которые часто оцениваются врачом, как «банальные». Но необходимо иметь ввиду, что и «глубокие слои банального», являющиеся сенсом работы семейного врача, как причины банальных проявлений появляющегося нездоровья, необходимо искать, в первую очередь, в семье.

Одной из распространенных «банальных» жалоб, с которой встречается семейный врач, является боль, являющаяся часто сигналом опасности. В случае длительного самолечения врач сталкивается с ситуацией, когда трудно бывает определить генез болевого синдрома. И не всегда можно принимать анальгетики в домашних условиях. На занятиях на нашей кафедре врачи – интерны учатся проведению дифференциальной диагностики боли разного происхождения, построению стройной системы терапии и выработке правильной тактики ведения пациента.

В отличие от других медицинских специальностей семейная медицина предусматривает длительное наблюдение за пациентом, большее участие в принятии решений лечения и реабилитации.

Особым разделом работы семейного врача являются проблемы долговременного обслуживания: хронические болезни, болезни пожилых людей, инвалидность, опасные для жизни болезни (рак, СПИД), стойкие функциональные нарушения, лечение наркоманов, больных психическими заболеваниями, организация лечения и наблюдения за умирающими.

Когда болезнь не одна, а несколько, перед пациентом возникает вопрос: лечиться ли ему у специалиста узкого профиля или у семейного врача? Однако, не вызывает сомнений и то, что лечение у большого количества специалистов вряд ли откроет кому-то больше перспектив. В связи с этим координирующая роль семейного врача, который лучше, чем кто-либо, знает семейные, профессиональные, бытовые и финансовые условия жизни пациента, приобретает огромное значение. Пациент и его окружение ожидают от семейного доктора, особенно при лечении хронических заболеваний, не только профессиональной компетентности, но и человечности и жизненной мудрости. Эти факторы также помогают принятию совместных решений, когда речь идет о сотрудничестве. Эффективность лечения необходимо всесторонне доводить до сведения больного, При этом нужно акцентировать его внимание даже на стабилизации состояния болезни, на положительном моменте лечения.

Еще одной серьезной проблемой для семейного врача являются некоторые хронические заболевания, вызывающие прогрессирующее нарушение функций всего организма. Роль семейного доктора в этом случае сводится к поиску путей снижения инвалидности до минимума с последующей адаптацией больного. Прогрессирующее течение заболевания представляет серьезную проблему для семейного врача в связи с трудностями лечения, постоянной угрозой недоверия к врачу, неверием в его лечение. Доктор должен учитывать тот факт, что не только у пациентов с хроническими заболеваниями могут возникать разные психосоматические нарушения, а и у членов семьи пациента, требующих их длительного внимания и помощи [3]. Часто у пациентов с хроническими заболеваниями, а также у членов их семьи наблюдаются различные проявления депрессии, что осложняет процесс лечения этих пациентов, требует назначения медикаментозного лечения и постоянной психотерапии. Предоставлять необходимую психологическую поддержку, выбирать самый доступный и эффективный путь оказания медицинской и социальной помощи – неизменные этические правила общения врача с пациентом и его окружением.

С этой целью на кафедре проводятся клинические разборы с демонстрацией пациентов, ведется самостоятельная курация пациентов, при этом индивидуально для каждого пациента составляется алгоритм его медикаментозного и немедикаментозного лечения на каждом этапе лечения. На занятиях обязательно разбираются вопросы трудовой экспертизы с учетом биомедицинских и биосоциальных показателей для каждого пациента индивидуально.

Основными направлениями работы семейного врача для улучшения медицинского обслуживания пациентом пожилого возраста в амбулаторных условиях являются диспансеризация, реабилитация и оздоровление.

Главная организационная форма общей диспансеризации населения пожилого возраста – ежегодные проведения в поликлинических отделениях лечебно-профилактических учреждений медицинского осмотра пенсионеров с целью своевременного лечения, профилактики и выявления лиц, требующих медико-социальной помощи [7].

Среди методов, направленных на профилактику инвалидизации людей пожилого возраста, одним из главных и экономически обоснованным является реабилитация

литация. В связи со старением населения страны на фоне снижения общих показателей здоровья амбулаторно-поликлинические учреждения должны ориентироваться на создание реабилитационных отделений гериатрической направленности.

При преподавании различных вопросов семейной медицины врачам – интернам необходимо акцентировать внимание на то, что организация адекватной медико-социальной помощи на дому населению пожилого возраста – одна из самых острых проблем здравоохранения и социальной сферы. Потребность в такой помощи обусловлена снижением с возрастом физических возможностей, способности к самообслуживанию, увеличением числа одиноких пациентов. Люди пожилого возраста чаще других вызывают на дом семейного врача или карету скорой помощи [6]. И на этих всех вопросах делается акцент при обучении семейных врачей - интернов на кафедре общей практики – семейной медицины и внутренних болезней ХНМУ.

Высокая степень обращения лиц пожилого возраста за медпомощью на дому связан с отсутствием системности в гериатрическом обслуживании, профилактической реабилитационной направленности, с нехваткой в организации социально - бытовой и психологической поддержки со стороны социальных структур и волонтерских организаций, поэтому именно семейные врачи наблюдают таких пациентов в домашних условиях.

Постоянно увеличивающееся число лиц пожилого возраста ставит перед семейным врачом важные задачи. Семейный врач должен относиться к пациенту как к личности со своим прошлым, настоящим и будущим. Контакт врача с таким пациентом улучшится только при глубоком понимании доктором психологических и патофизиологических аспектов его состояния.

## Литература

1. Ахметшин Р.Л. Аналитическая инсталляция о реформе здравоохранения: черный квадрат или черный квадрант?//Журн. Новости медицины и фармации, №20 (392).-2011.- Стр.24-25.
2. Вороненко Ю.В., Минцер О.П., Иванов Д.Д. Современная философия трансфера знаний в последипломном медицинском образовании// Журн. Новости медицины и фармации, №20-22, 2012. – стр.7.
3. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психосоциальные проблемы семейной медицины / Ю.М.Губачев, В.В.Макиенко // Библиотека семейного врача. – СПб., 2000. – Кн.4. - 49с.
4. Москаленко В.Ф. Організаційні основи сімейної медицини / В.Ф.Москаленко, О.М.Гіріна. – К., 2007. Т.1.
5. Руководство по семейной медицине. Перевод с англ. под ред. проф. Г.Е.Ройтберга. – Москва. Изд-во БИНОМ, 2002. – 750с.
6. Семейная медицина / под ред. Проф. О.Н.Гириной, проф.Л.М.Пасиешвили, проф.Г.С.Попик. Кн.1.Общие вопросы семейной медицины. – Киев.-ВСИ «Медицина», 2015.- 670с.

7. Хвисяк О.М. Обсяги профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи лікаря загальної практики – сімейної медицини / О.М.Хвисяк, Б.А.Рогожин, А.П. Короп. – Харків, 2005.

**УДК 377.6:001**

## **ИННОВАЦИОННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЭТАПЕ ДОВУЗОВСКОЙ ПОДГОТОВКИ**

**Мартыненко Л.П.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» МЗ РБ*

*Кафедра биологии факультета профориентации и довузовской подготовки*

В меняющемся мире система образования должна формировать такие качества личности как инициативность, мобильность, гибкость, динамизм и конструктивность. Будущий специалист профессионал должен обладать стремлением к самообразованию на протяжении всей жизни, владеть новыми технологиями и понимать возможности их использования, уметь принимать самостоятельные решения, адаптироваться в социальной и профессиональной сфере, разрешать проблемы и работать в команде, быть готовым к перегрузкам, стрессовым ситуациям и уметь быстро из них выходить. Воспитание такой личности требует от преподавателей факультета профориентации и довузовской подготовки Витебского государственного медицинского университета применения совершенно новых методов, приёмов и форм работы. Чтобы сформировать компетентного выпускника во всех потенциально значимых сферах профессионального образования, необходимо применять активные методы обучения и технологии, развивающие, прежде всего, познавательную, коммуникативную и личную активность нынешних абитуриентов [3].

Однако исследования многих авторов, в том числе и преподавателей подготовительного отделения, показывают, что современная система школьного образования с традиционной организацией учебного процесса и соответствующим методическим обеспечением не готова справиться с объективными факторами, определяющими формирование общепознавательных действий учащихся, и грамотно, на научной основе, обеспечить развитие надпредметных действий школьников. У значительной части выпускников школ отсутствуют навыки самостоятельной работы, не сформированы цели учения, не сложились индивидуальные стили учебной деятельности.

В связи с этим актуальной является проблема формирования недостающих навыков у учащихся, готовящихся стать студентами, поиск новых средств, способствующих повышению качества обучения на основе системно-деятельностного подхода в преподавании, внедрения в дидактический процесс инновационных педагогических и инфокоммуникационных технологий, способствующих повышению качества подготовки абитуриентов к поступлению в вуз и профориентационному самоопределению, уточнению и коррекции личностной