

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 42-ї НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ З ІНТЕРНАТУРИ**

26 квітня 2016 року  
м. Харків

Харків  
ХНМУ  
2016

Затверджено  
на засіданні вченої ради  
Харківського національного медичного університету  
21 квітня 2016 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 42-ї науково-методичної конференції з інтернатури / кол. авт. – Харків : ХНМУ, 2016. – 120 с.

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

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

Надання якісної медичної допомоги населенню забезпечує наявність достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Зміни у вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір потребує нових підходів до підготовки лікаря на післядипломному етапі. Актуальною також стає необхідність якісно нової організації співпраці між ВНЗ та структурними підрозділами 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.

Підготовка лікарів-інтернів у ХНМУ в 2015/2016 н. р. проводиться згідно з «Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) у вищих медичних і фармацевтичних закладах III–IV рівнів акредитації», затвердженим 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 інтернами у 2015–2016 н. р. залучено 131 НПП: 47 професорів, 64 доцентів, 20 асистентів ХНМУ.

Підготовку в інтернатурі з 01.09.2015 р. розпочали 294 інтерни I року навчання (105 – за державним замовленням, 189 – за контрактом).

Інтернів II року – 244 (95 – за бюджетом, 149 – за контрактом), інтернів III року – 24 (4 – за бюджетом, 20 – за контрактом).

У 2015 році поновлено 6 осіб (за бюджетом – 4, за контрактом – 2); вибуло – 22 особи (9 – за бюджетом, 13 – за контрактом); закінчили навчання в інтернатурі та отримали сертифікат спеціаліста 273 лікарів-інтерна (122 – за бюджетом, 151 – за контрактом).

На 01.01.2016 в ННПО навчалася 547 інтернів, з них за бюджетом – 197 та за контрактом – 350.

Слід зауважити, що цього навчального року нами набрано 189 інтернів-контрактників при плані набору на 2015 рік – 140 осіб. Надалі 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 найголовніше – це відповідальне, якісне став-

лення викладачів до своїх професійних обов'язків. Особлива відповідальність покладається на кафедри, де одночасно проходить навчання студентів-старшокурсників та лікарів-інтернів.

На початку навчального року до ННПО ХНМУ кафедрами надано календарні плани навчання інтернів, робочі навчальні програми за спеціальностями. Інтернами своєчасно отримана особиста документація.

У вересні 2015 р. проведено виробничі збори з лікарями-інтернами 1-го року навчання, де вони були ознайомлені з «Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) у вищих медичних і фармацевтичних закладах III–IV рівнів акредитації», питаннями організації навчального процесу, документообігу та ін.

Говорячи про якість підготовки інтернів та слухачів курсів, необхідно наголосити на тому, що основною спрямованістю навчання є органічне поєднання практичної та теоретичної підготовки фахівців. Усі кафедри, що проводять післядипломне навчання розташовуються на базі потужних медичних закладів м. Харкова з достатнім ліжковим фондом та оснащених сучасною лікувальною та діагностичною апаратурою. Повною мірою 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 з фахом підготовки.

Оволодіння та удосконалення практичних навичок інтернів здійснюється під час очного та заочного циклів навчання. Наскрізний план відпрацювання практичних навичок складається відповідно 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 із щомісячним аналізом успішності, виконання індивідуальних планів навчання. Дирекція інституту та профільні кафедри постійно проводять контроль якості ведення документації з підготовки інтернів на базах стажування.

Одним із етапів перевірки якості отриманих знань та підготовки лікарів-інтернів до самостійної роботи є складання ліцензійного інтегрованого іспиту (ЛІІ) «Крок 3», який проводиться відповідно до наказів МОЗ України від 20.11.2006 р. № 762 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», як складової частини державної атестації лікарів-інтернів» та № 763 «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів».

Підготовка лікарів-інтернів до ЛШ «Крок 3» проводиться згідно з розробленим ННПО ХНМУ Положенням про підготовку лікарів-інтернів до складання ЛШ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія»; організаційно-методичною структурою ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія», затвердженими Вченою радою ННПО ХНМУ та щорічним планом і графіком підготовки інтернів до ЛШ «Крок 3», який розсилається на кафедри на початку навчального року. Створена секція з ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» при методичній комісії післядипломної освіти.

Основною метою ЛШ «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 ЛШ «Крок 3», тестове навчання інтернів забезпечується контролюючо-навчальними тренувальними заняттями в комп'ютерних класах ННЦ університету, згідно із створеним ННПО ХНМУ графіком занять, який затверджується першим проректором ХНМУ, проф. В.А. Капустником.

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

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

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

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

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

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

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

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

Виконання ННПО заходів щодо підготовки лікарів-інтернів до ЛШ «Крок 3» сприяло покращенню результатів складання інтернами ЛШ «Крок 3. ЗЛП» в 2015 р.

9 лютого 2016 року було проведено контрольне пілотне тестування, в якому взяли участь 165 лікарів-інтернів із 196 зареєстрованих. Не з'явилося на пілотне тестування 28 осіб, з них 4 лікарі-інтерни не з'явилися із поважної причини та 3 лікарі-інтерни відраховані.

Проведений аналіз показав, що середні кафедральні результати коливаються у межах від 100 % (кафедри: хірургії № 1; дерматології, венерології і СНІДу; радіології та радіаційної медицини) до 21 % (кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб). Група «ризик» (інтерни, які відповіли правильно менш ніж на 70,5 %) склала 16 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».

22 березня 2016 р. лікарі-інтерни склали ЛШ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», 10 листопада 2015 р. – «Крок 3. Стоматологія».

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

Під час аналізу результатів складання ЛШ «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 інтерни) та «Дитяча хірургія» (86,8 %, 3 інтерни).

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 склали іспит 14 інтернів (8,1 %), у 2015 – 13 інтернів (6,9 %).

10.11.2015 р. Центром тестування при МОЗ України було проведено ЛП «Крок 3. Стоматологія». Іспит проводився в інтернів 2-го року навчання. Усі інтерни-стоматологи склали іспит позитивно, крім 7 (9 %) – Дюкова Т.Г., Задорожний І.К., Краснокутська О.О., Курбанова Ф.А., Лохматова А.Г., Луцька М.І., Спащенко В.І.

Інтерни-стоматологи правильно відповіли на 80,6% при минулорічному показнику 78,3 % (+2,3).

Атестація для визначення знань та практичних навичок лікарів-інтернів у січні 2015 р. проходила за 7 спеціальностями згідно з розкладом, затвердженим ректором університету: «Дерматовенерологія» (1 інтерн) – 5,0; «Неврологія» (2 інтерни) – 5,0; «Психіатрія» (2 інтерни) – 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.

Завершальна атестація лікарів-інтернів у червні 2015 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 інтерни) – 5,0; «Отоларингологія» (3 інтерни) – 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. Усього 272 особи.

З них за індивідуальним графіком протягом осені 2015 року склали державну атестацію та закінчили навчання 14 лікарів-інтернів (за бюджетом – 5 осіб; за контрактом – 9 осіб).

Два лікарі-інтерни 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».

Усі інтерни, які були допущені до державних іспитів, склали атестацію на визначення знань та практичних навичок позитивно. Середній бал атестацій на визначення знань та практичних навичок випускників-інтернів у 2015 р. становив: у січні 4,2 порівняно з 4,1 у 2014 році, у червні – 4,1 порівняно з 4,12 у 2014 році.

У 2015 р. завершили первинну спеціалізацію в інтернатурі 238 лікарів-інтернів із 1-, 2- та 3-річним терміном навчання за 20 спеціальностями та 34 лікарі з 1,5-річним терміном підготовки за 6 спеціальностями. У грудні 2015 року, після успішного перескладання «Крок 3. Стоматологія», був до-

пущений до атестації та отримав сертифікат-спеціаліста Зленко В.В. Таким чином, минулого навчального року в межах надання первинної післядипломної спеціалізації підготовлено 273 лікарі за різними спеціальностями. Найбільша кількість інтернів підготовлена за такими фахами: «Стоматологія» (91), «Внутрішні хвороби» (29), «Акушерство і гінекологія» (14), «Педіатрія» (21), «Загальна практика-сімейна медицина» (16).

Проведенню заключної атестації передувало значний обсяг робіт щодо удосконалення її методики, яка була обговорена на профільних методкомах. Інтерни працювали в комп'ютерних класах з використанням комп'ютерних програм у режимі тренування зі спеціальності, а також комп'ютерної програми «Невідкладна допомога в медицині» – для інтернів усіх фахів. При проведенні заключної атестації включались також питання із суміжних дисциплін – трансплантології, фтизіатрії, психіатрії, радіаційної медицини, трансфузіології та інше, відповідно до 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 правильних відповідей не менш 75 %.

б) практична частина передбачала перевірку практичних навичок біля ліжка хворого з патологією відповідної спеціальності, що включала курацію хворого, обстеження, встановлення 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 ННІО ХНМУ, з подальшою співбесідою із членами Державної комісії із заключної атестації.

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

У січні 2016 р. атестація на визначення знань та практичних навичок із присвоєнням звання лікаря проводилась із 6 спеціальностей згідно з розкладом, затвердженим 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 становив 4,3 порівняно 4,2 у січні 2015 року.

Не допущено до заключної державної атестації 3 лікарі-інтерни як такі, що не склали «Крок 3 Загальна лікарська підготовка», а саме:

– Волченко Володимир Володимирович за фахом «Медицина невідкладних станів», навчання за державним замовленням;

– Синельник В'ячеслав Володимирович за фахом «Інфекційні хвороби», навчання за контрактом;



– Бобровський Богдан Володимирович за фахом «Радіологія», навчання за контрактом.

Усім інтернам, які успішно склали атестацію на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря, вручено 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 у 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. У 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 центрі Харківського обласного центру зайнятості з актуальних питань зайнятості молоді.

На сайті нашого університету розміщено інформацію щодо створеного сектору, техніки ефективного пошуку роботи та інформацію щодо вільних

вакансій лікарів-спеціалістів у лікувальних установах та організаціях Харкова і Харківської області та інших регіонів України.

З випускниками ХНМУ, які звертаються в ННПО з питань працевлаштування, проводиться індивідуальна робота, пропонуються наявні вакантні лікарські посади в лікувальних установах Харківщини 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.

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.

## **ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ: СУЧАСНІ ВИМОГИ**

*Бабак О.Я., Молодан В.І., Лапшина К.А.*

Культура спілкування – важлива складова частина загальної культури особистості, формування якої виступає як нагальна потреба наших днів, коли відбувається зміна старих форм взаємодій, переоцінка цінностей та ідеалів, пошук нових життєвих установок і орієнтирів.

Формування культури спілкування є одним із сегментів морального виховання. Сформована моральна культура, справжня духовність, виявляється, багато в чому, саме в культурі спілкування, і в той же час культура спілкування не стане природним продовженням особистості, якщо вона не базується на етичних цінностях, покладених в основу світогляду людини.

Культура спілкування у вузі може розглядатися як найважливіший творчий ресурс вищої професійної освіти з метою інтелектуального зростання особистості. Розвиток культури спілкування зобов'язує студента вищого навчального закладу оволодіти нею як універсальної характеристикою фахівця, що допомагає виконати соціальні очікування суспільства і вийти на високий професійний і особистісний рівень. Інститут освіти – не тільки сфера навчання і виховання підростаючого покоління, а й найбільш яскравий індикатор духовно-морального і соціального здоров'я суспільства, благополуччя культури в цілому. Утвердження гуманістичних цінностей в освіті висуває на пріоритетні позиції цінність самої особистості, багатство її духовного світу.

Лікарі-інтерни, в свою чергу, є вже майже сформованими спеціалістами. Це, з одного боку, ускладнює роботу над культурою спілкування у професійному впливі педагога, а з іншого, при щоденному контакті з різними кураторами, створює умови для більш швидкого перейняття професійного досвіду колег.

У сучасному світі комунікативне поле діяльності фахівця стає дедалі більшим, наповнюється новими цінностями і орієнтирами. В умовах високої конкуренції на ринку праці зростає затребуваність в людях, здатних продуктивно здійснювати професійне спілкування на самих різних рівнях, в тому числі і на міжнародному. Це означає, що для суспільства XXI століття з його глобальними проблемами потрібен лікар не тільки маючий відповідні спеціальні знання, а й добре аналізує соціум, людей, себе, зберігає цінності культури і осмислює результати своєї діяльності через зв'язок з іншими людьми.

Культура спілкування не виникає у носія мови сама по собі, тобто в процесі соціалізації. Вона, як і культура мови, завжди є предметом спеціального розвитку в процесі навчання. Особистість студента можна розглядати як ту, що потребує управління з боку педагога, тому що багато якостей продовжують виникати і розвиватися. Це проявляється, наприклад, в тому, що молода людина не усвідомлює відповідальності за власне життя, його не цікавлять власні особистісні смисли, він схильний потрапляти під вплив. Такі студенти вимагають контролю і зовнішнього управління з боку педагогів, тому що знаходяться в групі ризику. У багатьох ще вимагають розвитку соціальної і громадянської позиції, комунікація, творчі здібності, самовираження і т. д. Студент продовжує розвиватися як суб'єкт навчальної діяльності, і його роль активного учасника власної освіти ще не до кінця усвідомлена.

Міжособистісне спілкування «Викладач – Студент» та «Викладач – Лікар-інтерн» є педагогічне спілкування, в якому реалізуються функції людського спілкування взагалі (комунікативна, інтерактивна, перцептивна).

Мова, будучи формою існування свідомості (думок, почуттів, переживань) для інших, служить засобом спілкування з ними і формою узагальненого відображення дійсності. Для того щоб мова стала свідомою діяльністю, що потрібно в спілкуванні, необхідно, щоб звертаються усвідомлювали завдання спілкування, його мета і способи здійснення.

Успішність спілкування багато в чому визначається здатністю людини неупереджено і адекватно сприймати і оцінювати партнерів. Спілкування необхідно всім, і ця потреба проявляється дуже рано. Але одні люди замислюються над тим, навіщо вони вступають в спілкування з оточуючими, інші – ні. Сучасна педагогічна парадигма освіти висуває певні вимоги до організації процесу спілкування: довірливість, діалогічність, взаєморозуміння, реальний психологічний контакт на основі ділових і особистих зв'язків, здатність відмовлятися від впливу і перейти до взаємодії.

Не менш важливі досягнення в культурі спілкування викладача в основі яких лежить здатність ідентифікувати себе з тими, яких навчають і добре ставитися до них. З роками викладач стає педагогом-професіоналом, але і не застрахований від так званих педагогічних деструкцій, які не тільки є факторами, створюють конфлікт в освітньому процесі, а й істотно впливають на особистісні якості педагога. Таким чином, культура спілкування, забезпечуючи комунікативну безпеку окремої особистості і суспільства в цілому, сприяє реалізації основних завдань успішного спілкування – повноцінному

обміну інформацією, сприйняття і розуміння співрозмовниками один одного, вироблення спільної стратегії взаємодії суб'єктів спілкування. Досягнення успішності навчання культури спілкування має бути направлено на розв'язання суперечності між цілями, змістом, принципами культури спілкування і організаційними моделями навчання. Ця успішність, з одного боку, проявляється, з іншого, залежить від рівня потреби студентів в культурі спілкування і її розвитку. Основне педагогічне засіб досягнення успішності – включення викладача і студентів у діяльність з навчання культури спілкування при активній позиції кожного суб'єкта спілкування. Ця кропітка робота над культурою спілкування викладачів і студентів повинна знайти відображення в різних видах діяльності і спілкування у навчальній та позанавчальній роботі.

Таким чином, проблема навчання культури мовного спілкування сприяє розвитку активності, самостійності, креативності, відповідальності та толерантності особистості є актуальною проблемою в підготовці майбутніх фахівців. Культура спілкування викладача виконує в освітньому процесі вищої школи інформативно-пізнавальну, ціннісно-орієнтаційну, комунікативну, стимулюючу, прогностичну і рефлексивну функції. Ціннісно-сміслова єдність всіх функцій допомагає викладачеві і студенту опановувати культурою спілкування, співвідносячи позиції кожного із суб'єктів один з одним, дозволяючи здійснювати вибір цінностей, задаючи критерії для оцінок соціальних, моральних, і педагогічних явищ.

### **Література**

1. Онкудаева Т. Н. Культура речевого общения — путь достижения успешного образования студентов экономических специальностей [Текст] // Инновационная экономика: материалы междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2014 г.). – Казань: Бук, 2014. – С. 21–23.

2. Смирнова, Н. М. Повышение уровня культуры общения в студенческой среде // Вестник Российской академии образования. – Вып. 1. – 2007. – С. 36–42.

3. Дылевская В. Ю., Проскалович О. В., Рубаник Т. В. Современный подход к повышению культуры педагогического общения // зб. наук. арт. / пад рэд. І. У. Таяноўскай, Т. В. Мальцэвіч. – Мн.: БДУ, 2006. – Вып. 5. – 110 с.

## **ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ОФТАЛЬМОЛОГОВ**

*Бездетко П.А., Панченко Н.В., Тарануха О.А.,  
Савельева А.Ю., Мирошник Д.М.*

Учебный план будущего врача офтальмолога очень давно во всём мире включает изучение основ анатомии, физиологии зрительного восприятия, оптики, неврологии, всесторонней диагностики и оказания медицинской помощи при общих заболеваниях организма, влияющих на орган зрения; основ глазной патологии, и, соответственно, основ её консервативного и хирургического лечения. В отличие от зарубежного образования, в Украине нет разделения обучению офтальмологии и оптометрии.

В ХНМУ интернатура по офтальмологии состоит из чередующихся в течение 2-х лет этапов заочного и очного обучения.

Занятия в период заочных циклов проводятся на клинической базе кафедры офтальмологии – во взрослом и детском глазных кабинетах консультативной поликлиники областной клинической больницы, во взрослом и детском глазных стационарах (КУОЗ «ОКЛ – ЦЭМП и МК»). Ответственные за заочный цикл главные областные специалисты определяют права и обязанности врачей-интернов, обеспечивают их планом работы на этот период. С первых дней обучения интернам прививаются практические навыки, умения в обследовании больных. Большое внимание уделяется деонтологии.

Врачи-интерны знакомятся с организацией амбулаторного приёма, документацией, правилами и процессом диспансеризации, показаниями для амбулаторного лечения и направления на стационарное лечение. Обучаются методам исследования функций органа зрения: визометрии, периметрии, тонометрии, офтальмометрии, определению цветового и бинокулярного зрения, проведению наружного осмотра. Осваивают офтальмоскопию.

На очных циклах обучения в интернатуре занятия проводятся на кафедре офтальмологии профессорами и доцентами. Врачей-интернов обеспечивают тематическими планами на весь учебный год, выдают учебно-методическую кафедральную литературу. Отмечают необходимость четкого ведения документации врача-интерна.

Практические и семинарские занятия, лекции проводятся в учебных комнатах, полностью оснащенных необходимой аппаратурой, инструментарием, полным набором таблиц и слайдов в соответствии с тематическим планом. Врачи-интерны приобретают необходимые теоретические знания и практические навыки для обследования как взрослых пациентов, так и детей. Продолжают знакомиться и овладевать современными методами исследования глазного яблока и придаточного аппарата на аппаратуре кафедральной, глазных отделений областной больницы, в центрах офтальмологической диагностики ООО «Новый зир», ООО «Офтальмика» (являющихся клиническими базами кафедры офтальмологии ХНМУ). Участвуют в консультациях профессоров и доцентов, на клинических разборах, амбулаторном приеме. Участвуют в консультациях пациентов, как глазных стационаров, так и отделений КУОЗ «ОКЛ – ЦЭМП и МК». Каждый врач-интерн два раза в месяц является помощником дежурного врача в глазном отделении – участвует в оказании ургентной помощи поступающим больным.

Большое значение придается компьютерному контролю знаний на кафедре и в компьютерном центре университета.

В последующий период заочного обучения врачи-интерны продолжают работать под руководством заведующих отделениями – взрослого и детского. Большая часть занятий проводится в стационарах, где интерны курируют больных, ассистируют на операциях, выполняют фрагменты операций, самостоятельно – амбулаторные операции. Принимают участие в дежурствах по оказанию ургентной помощи. Также работают на амбулаторном приеме

в консультативній поліклініці – во взрослом и детском глазных кабинетах. Посещают лабораторию индивидуального глазного протезирования, где знакомятся с показаниями и противопоказаниями протезирования.

В течение всего периода обучения интерны овладевают теоретическими и практическими навыками по обследованию и назначению очковой и контактной коррекции аметропии.

Все вышеуказанное способствует качественному овладению врачами-интернами теоретическими знаниями и практическими навыками. По окончании интернатуры перед специалистом врачом-офтальмологом открываются возможности работы в различных сферах офтальмологии – терапевтической, хирургической, нейроофтальмологической, оптометрической.

## **ОСОБЛИВОСТІ ГОЛОСОМОВНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ВИКЛАДАЧІВ КЛІНІЧНИХ КАФЕДР МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ**

*Бойко В.В., Макаров В.В., Гончаренко Л.Й.*

Голос для викладачів є основним інструментом професійної діяльності, від стану та працездатності якого залежить не тільки якість засвоєння знань студентською аудиторією, а й професійна придатність самого викладача. Спостереження доводять, що педагоги схильні до виникнення проблем з голосом у 32 рази більше, ніж середньостатистична людина. І хоча педагоги складають лише 4 % від всього працюючого населення, саме вони займають перше місце серед представників всіх голосомовних професій, складаючи 20 % всіх фоніатричних пацієнтів. Багато вчених [1, 5, 6, 8–10] відзначають, що серед представників усіх голосомовних професій педагоги є найуразливішою групою. Захворювання голосового апарату знижують працездатність практично в всіх здорових людей, а для представників голосомовних професій вони створюють загрозу професійної непридатності, призводячи до тривалої непрацездатності, а іноді й до інвалідності і позбавляючи тим самим суспільство кваліфікованих кадрів.

Мета роботи полягає в аналізі факторів професійної діяльності викладачів клінічних кафедр медичного університету для пошуку ефективних шляхів для їх мінімізації їх впливу на стан голосомовного апарату педагогів.

Педагогічна професія є дуже відповідальною та пов'язаною з високим психоемоційним навантаженням. Викладачу доводиться постійно враховувати настрій аудиторії для того, щоб слухачі перебували у стані робочого «тону», для цього викладач має не тільки підтримувати особисте емоційне напруження, а й викликати його в інших

Виходячи з того, що професійна діяльність викладачів пов'язана з високим психоемоційним напруженням, яке не проходить безслідно для стану голосового апарату. Невміння викладачів протидіяти впливу стресу негативним чином позначається на стані імунної системи, пригнічуючи її роботу та роблячи викладачів більш вразливими перед впливом вірусів.

Проте що більшість педагогів не вміє протистояти впливу стресу свідчать результати досліджень, які показують, що різні форми порушення сну

мають 87,2 %, майже 70 % страждають головним болем, у 40 % спостерігається стійке або періодичне підвищення артеріального тиску. Ознаки психо-емоційного перенапруження частіше зустрічаються у викладачів точних (83 %) гуманітарних (80 %) дисциплін. Спостереження показують, що вправи, спрямовані на попередження нервнопсихічної перевтоми виконують лише 17 % педагогів, методиками аутогенного тренування володіють 41 %, а регулярно їх використовують менші 12 % [2].

Виходячи з цього виникає необхідність в оволодінні викладачами прийомами та методами знання психофізичного навантаження для підтримання всього організму та голосового апарату в тому числі в здоровому та працездатному стані.

Крім цього, професійна діяльність викладача пов'язана з високим рівнем голосового навантаження, що залежить від часу експлуатації голосового апарату. За даними хронометрії викладачі від 50 до 80 % свого робочого часу активно використовують свій голосомовний апарат [1, 8].

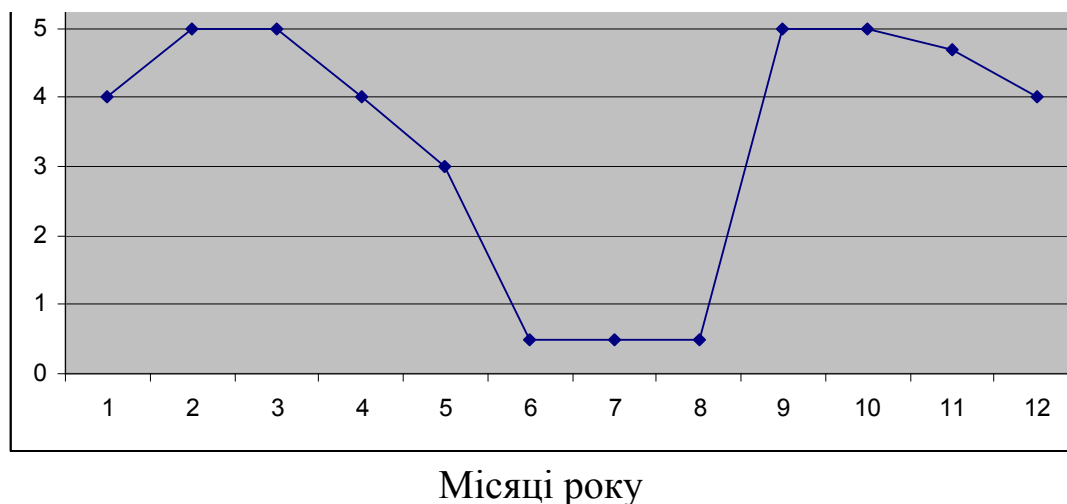
Голосове навантаження не проходить безслідно для стану голосового апарату викладача, тому частота порушень голосу є тісно пов'язаною з обсягом голосового навантаження. Збільшення тижневої голосомовного навантаження призводить до підвищення відсотка осіб зі втомлюваністю голосу [5].

Особливість роботи у вищих навчальних закладах змушує педагогів проводити по чотири лекційних занять на день, загальна тривалість яких складає близько шість годин. Ситуація ускладнюється ще й тим, що педагоги змушені говорити не тільки тривалий період часу впродовж одного робочого дня, а й день у день упродовж багатьох років професійної діяльності, що вимагає від педагога оволодіння знаннями та вміннями підтримання голосового апарату в здоровому та працездатному стані.

Підвищене голосове навантаження пов'язане з високою інтенсивністю (силою) звучання голосу. Спостереження показують, що викладачам у медичному університеті під час лекційних занять доводиться працювати з великою кількістю студентів (близько 120 осіб) у великих аудиторіях, що вимагає застосування звукопідсилюючої апаратури (мікрофонів). Для забезпечення достатнього рівня гучності та якісного сприйняття навчальної інформації викладачі мають говорити на високому рівні звучання голосу (більш ніж 80 дБ), у той час як інтенсивність здорового голосу знаходиться в межах 65–74 дБ [1].

Спостереження показують, що викладачі у процесі професійної діяльності стикається з необхідністю мимовільного підвищення голосу під впливом підвищення гучності оточуючого звукового фону. Дане явище отримало назву «ефект Ломбарда» (за ім'ям дослідника, який уперше описав цей ефект). Часто педагоги автоматично підвищують гучність свого голосу і не одразу помічають наслідки перенапруження голосу, що є вихідним моментом для враження голосового апарату. Отже, чим інтенсивніше звучання голосу педагога, тим вище рівень негативного впливу на голосовий апарат [4].

Негативно на стан голосового апарату викладачів впливає і нерівномірність голосового навантаження впродовж навчального року (див. *рис. 1*).



**Рис. 1.** Рівень голосового навантаження педагога впродовж року

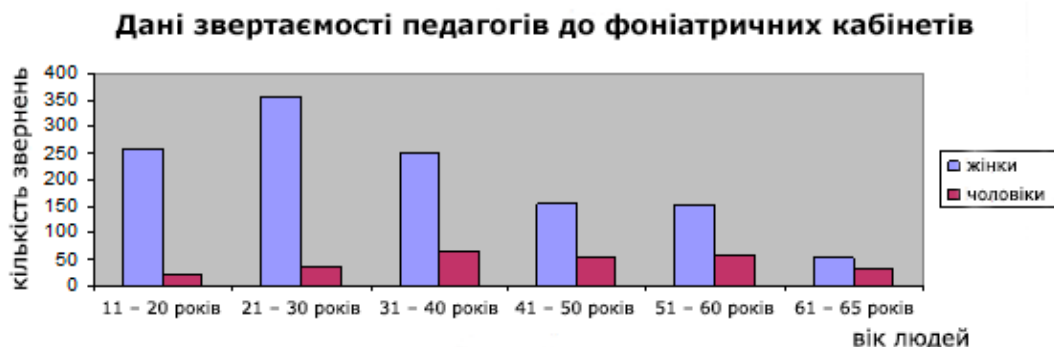
Аналіз *рис. 1* дозволяє помітити періоди підйому та спаду голосового навантаження. Перший період максимального голосового навантаження співпадає з початком навчального року та I семестром, що припадає на вересень – листопад, а II – з лютого по березень. Незначне зниження голосового навантаження спостерігається у грудні, квітні та травні, коли проводиться перевірка рівня вивченого матеріалу. Найнижчий рівень голосового навантаження фіксується з червня по серпень – в період літньої відпустки викладачів. На цікавий факт звернув увагу Martin (2003), який виявив, що в першому семестрі викладачі відчують певні труднощі в роботі голосового апарату, але в другому семестрі стан голосового апарату погіршується, що пов'язано з тим, що проблеми в роботі голосового апарату з часом накопичуються. Крім цього, високий рівень голосового навантаження у викладачів у жовтні та листопаді співпадає зі зростанням рівня простудних захворювань, що передаються повітряно-крапельним шляхом. Цей період співпадає з початком опалювального сезону в приміщеннях, що призводить до пересушення слизової оболонки носової порожнини і, як наслідок, зниженню її захисної функції, а це в свою чергу, призводить до збільшення проблем у роботі голосового апарату викладачів.

Необхідно згадати і про той факт, що педагогічний колектив навчальних закладів, як правило, складають жінки. За даними О. Орлової [5] порушення голосу в 8 разів частіше фіксуються саме в жінок, ніж у чоловіків (див. *рис. 2*).

Висока розповсюдженість порушень голосу серед жінок пояснюється особливістю будови голосових складок [1, 5, 6] (у жінок вони більш коротші та тонші (довжина 14 мм, ширина 2 мм), в той час як у чоловіків довші та широкі (довжина 19–22 мм, а ширина 3,4–4,5 мм); особливостям функціонуванням (у жінок голосові складки здійснюють 160–340 коливань за секунду, в той час як у чоловіків лише 85–200). Також на стан голосового апарату жінок впливають гормональні зміни, які щомісяця відбуваються в жіночому



організмі (під час менструації), під час вагітності, клімаксу або під час прийому гормональних контрацептивних препаратів. Крім цього жінки більш емоційніше реагують, ніж чоловіки, що робить їх голосовий апарат більш вразливим щодо виникнення порушень голосу.



**Рис. 2.** Частота звернень до фоніатричних кабінетів (чоловіки/жінки)

На сьогодні, серед вчених (Л. Рудін, З. Анакеева тощо) існує думку, що голосове навантаження є шкідливим виробничим фактором [6], що створює умови для виникнення різного роду порушень голосу. Однак ми вважаємо, що не стільки голосове навантаження, скільки непідготовленість голосового апарату викладачів стає причиною виникнення порушень голосу, а це особливо відмічається при викладанні клінічних предметів, коли до викладацької діяльності залучаються фахівці клінічної практики. Поділяємо точку зору R. West, який ще в 1957 році відзначив: «не важливо яке голосове навантаження, якщо голосовий апарат є підготовлений та правильно використовується» [10, с. 76].

Отже рівень голосового навантаження завжди повинен відповідати можливостям голосового апарату особистості. І хоча кожна людина має свій індивідуальний «запас міцності», границі якого можуть змінюватись (залежно від фізичного та емоційного стану, віку, рівня підготовленості тощо) однак природних голосових якостей є недостатньо для якісного та безпечного використання голосомовних даних у професійній діяльності. Виходячи з цього, активному використанню голосомовного апарату в професійній діяльності має обов'язково передувати вдосконалення голосомовних якостей.

Оволодіти прийомами правильного та ефективного володіння голосомовним апаратом признана голосова культура. Дане поняття є новим, що тільки входить до широкого наукового вжитку. Голосова культура викладача розглядається як особистісне, динамічне кваліфікаційне утворення, що має складну горизонтальну та вертикальну будову [7].

Горизонтальна будова голосової культури складається з чотирьох взаємопов'язаних блоків: гігієнічного (забезпечує підтримання голосового апарату в здоровому та працездатному стані), технічного (передбачає технічне вдосконалення роботи голосомовного апарату), психологічного (досягнення ефективної взаємодії з оточуючими на основі врахування особливостей звучання їх голосу) та професійного (педагогічного) забезпечує доречне засто-

сування голосомовних якостей викладача в залежності від умов та завдань професійної діяльності.

Вертикальна будова голосової культури складається з чотирьох взаємопов'язаних компонентів: мотиваційно-ціннісного (ціннісне ставлення до голосу як основного інструменту професійної діяльності, але дуже крихкого, який легко пошкодити та важко відновити), когнітивного (інтегративні знання про голос, що є здобутком різних наук про голос), діяльнісно-практичного (вміння правильно та ефективно використовувати голосові якості) та рефлексивного (вміння оцінювати та вдосконалювати голосові якості).

Уважаємо за необхідне вдосконалити процес професійної підготовки педагогів клінічних дисциплін, а саме голосової її складової, шляхом здійснення формування голосової культури у даної категорії викладачів шляхом введення тематичного курсу «Особливості голосової культури викладачів», а також впровадження на курсах підвищення кваліфікації проведення майстер-класів з даної тематики.

Оволодіння викладачами голосовою культурою дозволить навчитись правильно та ефективного використовувати свій голосомовний апарат у професійній діяльності та мінімізувати вплив негативних факторів професійної діяльності для підтримання голосового апарату в здоровому та працездатному стані, що дозволить не тільки подовжувати голосове довголіття викладачів, а й підвищити якість засвоєння навчального матеріалу студентами та лікарями-інтернами.

### **Література**

1. Василенко Ю. С. Профессиональные нарушения голоса у лиц речевых профессий, их лечение, профилактика : дис. ... д.мед.н. / Ю. С. Василенко. – М., 1974. – 325 с.

2. Воронова Е. Чем болеют учителя? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zdd.1september.ru/2004/03/3.htm>

3. Навакатикян А. О. Стресс и профилактика его неблагоприятного действия / А. О. Навакатикян. – К. : Знание, 1981. – 28 с.

4. Морозов В. П. Невербальная коммуникация: Экспериментально-психологические исследования / В. П. Морозов. – М. : Институт психологии РАН, 2011. – 528 с.

5. Орлова О. С. Система логопедической работы по профилактике и коррекции нарушений голоса у лиц речевых профессий : автореф. дисс. ... д.пед.н. / О. С. Орлова. – М., 1998. – 56 с.

6. Рудин Л.Б. Основы голосоведения / Л.Б.Рудин. – М.: Граница, 20089. – 104 с.

7. Перетяга Л. Є. Теоретичні засади формування голосової культури майбутнього вчителя : монографія / Л. Є. Перетяга. – Х. : Планета-Принт, 2014. – 312 с.

8. Stephanie Martin. The Teaching Voice second edition Publisher / Stephanie Martin, Lyn Darnley : Wiley-Blackwell, 2004. – 204

9. Murry T. Vocal education for the professional voice user and singer / T. Murry, C. Rosen // Otolaryngol. Clin. North. Am. – 2000. – Vol. 33 (5). – P. 967–82.

10. West R., Ansberry M., Carr A. (1957) The Rehabilitation of Speech. New York: Harper

## **МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

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

Перехід до ринкових відносин викликає необхідність підвищення якості освіти, більш високого рівня кваліфікації та забезпечення конкурентоспроможності фахівця вже на початку його професійного шляху. Якість – це головне питання будь-якої вузівської стратегії (1).

Традиційно моніторинг якості вищої освіти пов'язується зі спостереженням та оцінюванням результатів освіти з подальшим їх аналізом і вжиттям заходів для підвищення рівня підготовки випускників вищих навчальних закладів. Моніторинг якості освіти проводиться за допомогою:

- внутрішньої оцінки якості навчального процесу;
- зовнішньої оцінки якості навчального процесу;
- порівняння внутрішньої та зовнішньої оцінки, що дозволяє виявляти рівень одержаного результату (2).

**Метою** даної статті є висвітлення деяких питань моніторингу якості навчального процесу при підготовці лікарів-інтернів в ХНМУ.

**Виклад основного матеріалу.** В теперішній час продовжується активний процес інтеграції вищої освіти України в загальноєвропейський освітній простір відповідно до Болонської декларації. Метою інтеграції є підвищення якості підготовки фахівців, полегшення академічного визнання дипломів і кваліфікацій. Крім того, важливим є відповідність медичної освіти в Україні стандартам якості Всесвітньої федерації медичної освіти, що передбачає необхідність удосконалення практичної і теоретичної підготовки лікарів (3). Безумовно, процес інтеграції має відношення і до первинної спеціалізації випускників вищих медичних навчальних закладів III–IV рівня акредитації або інтернатури. Метою дворічної інтернатури, відповідно наказу МОЗ України № 81 від 23.02.2005 р. є підвищення рівня професійної готовності лікарів-інтернів для їх самостійної роботи на посаді лікаря.

Протягом більш як 40 років співробітники ХНМУ (в минулому Харківського медінституту) займаються підготовкою лікарів в інтернатурі. Для цього використовуються різні форми навчання: лекції, семінари, практичні заняття, участь в клінічних і клініко-анатомічних конференціях, обходах професорів та доцентів, самостійна робота над монографіями та періодичною літературою з педіатрії і суміжних дисциплін, підготовка науково-практичної роботи, дистанційні форми навчання та інш. За цей час в університеті розроблена

система внутрішнього моніторингу якості навчального процесу лікарів-інтернів, яка надає можливість:

- визначити динаміку розвитку професійної майстерності кожного лікаря-інтерна;

- оцінити успішність засвоєння лікарями-інтернами типової навчальної програми спеціалізації(інтернатури);

- визначити перспективи, напрями роботи педагогічного колективу кафедри з підвищення якості навчання лікарів-інтернів.

Важливе значення в системі внутрішнього моніторингу якості навчального процесу лікарів-інтернів має вихідний контроль знань інтернів. Центральним методкомом ННПО розроблена методика перевірки вихідного рівня знань інтернів шляхом проведення тестового контролю знань та співбесіди з кожним інтерном біля ліжка хворого, що достатньо повно виявляє загальний рівень теоретичних та практичних знань інтерна. Завершальним є оформлення протоколу і оцінка базового рівня підготовки інтерна за п'ятибальною шкалою.

Виходячи з світових тенденцій розвитку вищої школи, варто відзначити перспективність рейтингової системи поточного контролю успішності інтернів, яка запроваджена в ХНМУ. Рейтингова система поточного контролю знань суттєво підвищує рівень якості підготовки інтернів за рахунок стимулювання лікарів-інтернів до планомірної, систематичної навчальної діяльності протягом усього навчального процесу та дозволяє на кожному семінарі, практичному занятті оцінювати рівень підготовки інтернів.

Подальшим етапом виміру якості навчального процесу лікарів-інтернів на кафедрі є проміжний контроль після закінчення очного циклу навчання інтернів та заключна атестація, яка складається з трьох етапів: комп'ютерного контролю, практичної частини біля ліжка хворого та теоретичної частини.

Покращення якості навчання лікарів-інтернів здійснюється завдяки організації підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту (ЛІ) «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» та «Крок 3. Стоматологія» та до заключної атестації лікарів-інтернів 2-го та 3-го року навчання у комп'ютерному класі ННЦ університету. У комп'ютерному класі проводиться індивідуальна робота з лікарями-інтернами відповідно графіків створених ННПО.

Щорічно в ХНМУ проводиться науково-методична конференція «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті».

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

На пленарному та секційних засіданнях заслуховуються питання підготовки лікарів-інтернів, обговорюються перспективи покращення якості підготовки лікарів.

Однак і надалі залишається невирішеною проблема оцінки якості навчання лікарів-інтернів на базах стажування, на яких керівники підготовкою інтернів не приділяють достатньої уваги підвищенню рівня професійної підготовки фахівців. На цьому етапі доцільно впровадження дистанційних форм навчання з навчальним комплексом( посібники для самостійної роботи, конспекти лекцій, джерела літератури за фахом) та систему аналізу навчального процесу у вигляді тестових завдань.

**Висновки.** Підготовка спеціалістів в інтернатурі є важливим для вищих медичних навчальних закладів, що дозволяє поліпшити надання медичної допомоги населенню.

Покращення підготовки лікарів-інтернів сприяє моніторингу якості навчального процесу на заочному етапі підготовки молодих спеціалістів доцільно впроваджувати дистанційні форми навчання та проводити моніторинг якості навчального процесу шляхом вирішення тестових завдань.

### **Література**

1. Бахрушин В.Є. Якість вищої освіти та сучасні підходи до її вимірювання / В.Є. Бахрушин, О.М. Горбань // Освіта і управління. – 2012. – Т. 14, № 4 – С. 7–11.

2. Моніторинг якості освіти: світові досягнення та українські перспективи / за заг. ред. О.І. Локшиної. – К.І.С., 2024. – 121 с.

3. Глушко Л.В. Удосконалення якості підготовки лікарів в умовах Болонського процесу / Л.В. Глушко, Н.В. Чаплинська, Н.З. Позур, Г.Ю. Гавриш // Медична освіта. – 2011. – № 4. – С. 47–49.

## **КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ № 1 ТА НЕОНАТОЛОГІЇ ШЛЯХОМ МОНІТОРИНГУ**

*Гончарь М.О., Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г.*

На сьогоднішній день якість навчання в медичних вищих навчальних закладах України є одним з найбільш важливих і значущих завдань.

Традиційно моніторинг якості вищої освіти пов'язується зі спостереженням та оцінюванням результатів освіти з подальшим їх аналізом і вжиттям заходів для підвищення рівня підготовки випускників вищих навчальних закладів. Моніторинг якості освіти проводиться за допомогою:

- внутрішньої оцінки якості навчального процесу;
- зовнішньої оцінки якості навчального процесу;
- порівняння внутрішньої та зовнішньої оцінки, що дозволяє виявляти рівень одержаного результату (1)

Проблеми моніторингу освітніх послуг знайшли відображення в працях В.П. Беспалько,Є.В. Бондаревської, О.І.Локшиної та ін. (1). Незважаючи на великий інтерес дослідників, проблема залишається невирішеною і потребує постійної уваги як науковців так і практиків.

**Метою** даної статті є висвітлення деяких питань щодо моніторингу якості навчального процесу при підготовці лікарів-інтернів на кафедрі педіатрії № 1 та неонатології.

**Виклад основного матеріалу.** В теперішній час продовжується активний процес інтеграції вищої освіти України в загальноєвропейський освітній простір у відповідності з Болонською декларацією. Метою інтеграції є підвищення якості підготовки фахівців, полегшення академічного визнання дипломів і кваліфікацій. Крім того, важливим є відповідність медичної освіти в Україні стандартам якості Всесвітньої федерації медичної освіти, що передбачає необхідність удосконалення практичної і теоретичної підготовки лікарів (2). Безумовно, процес інтеграції має відношення і до первинної спеціалізації випускників вищих медичних навчальних закладів III–IV рівня акредитації або інтернатури. Метою дворічної інтернатури зі спеціальності «Педіатрія», відповідно наказу МОЗ України № 81 від 23.02.2005 р. (3, 4), є підвищення рівня професійної готовності лікарів-інтернів для їх самостійної роботи на посаді лікаря-педіатра.

Протягом більш як 40 років співробітники кафедри педіатрії № 1 та неонатології (в минулому кафедри госпітальної педіатрії) займається підготовкою лікарів в інтернатурі. Для цього використовуються різні форми навчання: лекції, семінари, практичні заняття, участь в клінічних і клініко-анатомічних конференціях, обходах професорів та доцентів, самостійна робота над монографіями та періодичною літературою з педіатрії і суміжних дисциплін, підготовка науково-практичної роботи, дистанційні форми навчання та інш. За цей час на кафедрі розроблена система внутрішнього моніторингу якості навчального процесу лікарів-інтернів, яка надає можливість:

- визначити динаміку розвитку професійної майстерності кожного лікаря-інтерна;
- оцінити успішність засвоєння лікарями-інтернами типової навчальної програми спеціалізації(інтернатури);
- визначити перспективи, напрями роботи педагогічного колективу кафедри з підвищення якості навчання лікарів-інтернів.

Важливе значення в системі внутрішнього моніторингу якості навчального процесу лікарів-інтернів має вихідний контроль знань фахівців. На кафедрі педіатрії № 1 та неонатології визнано доцільним виявлення у лікарів-інтернів першого року навчання в інтернатурі рівня базових та остаточних знань в перші дні навчального циклу шляхом проведення тестового контролю знань та співбесіди з кожним інтерном біля ліжка хворої дитини, що достатньо повно виявляє загальний рівень теоретичних та практичних знань інтерна. Завершальним є оформлення протоколу і оцінка базового рівня підготовки інтерна за п'ятибальною шкалою.

Виходячи з світових тенденцій розвитку вищої школи, варто відзначити перспективність рейтингової системи поточного контролю успішності інтернів, яка запроваджена на кафедрі. Рейтингова система поточного контролю знань суттєво підвищує рівень якості підготовки інтернів за рахунок стимулювання лікарів-інтернів до планомірної, систематичної навчальної діяльності протягом усього навчального процесу та дозволяє на кожному семінарі, практичному занятті оцінювати рівень підготовки інтернів.

Подальшим етапом виміру якості навчального процесу лікарів-інтернів на кафедрі є проміжний контроль після закінчення очного циклу навчання інтернів та заключна атестація, яка складається з трьох етапів: комп'ютерного контролю, практичної частини біля ліжка хворої дитини та теоретичної частини.

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 ЛІ «Крок 3. Загальна лікарська підготовка», як складова частина державної атестації лікарів-інтернів. Проведення контрольного тестування лікарів-інтернів забезпечується кафедрою педіатрії № 1 та неонатології в декілька етапів:

I етап – вхідний рівень підготовки до ЛІ «Крок 3» проводиться на кафедрі як складова частина перевірки базисного рівня знань лікарів-інтернів;

II етап – проміжний контроль також проводиться на кафедрі з урахуванням корегування рівня знань після перевірки вихідного рівня знань;

III етап – тренувальні заняття в комп'ютерному класі навчально-наукового центру університету з заміром засвоєння матеріалу в кінці 1-тижневого навчання у комп'ютерному класі;

Завершальний етап – складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка».

Щорічно на кафедрі проводиться науково-практична конференція лікарів-інтернів, яка дозволяє оцінити рівень засвоєння навичок дослідницької роботи лікарів-інтернів, яка сприяє більш якісному засвоєнню навчального матеріалу та постійному самовдосконаленню лікарів-інтернів.

Однак і надалі залишається невирішеною проблема оцінки якості навчання лікарів-інтернів на базах стажування, на яких керівники підготовкою інтернів не приділяють достатньої уваги підвищенню рівня професійної підготовки фахівців. На цьому етапі доцільно впровадження дистанційних форм навчання з навчальним комплексом (посібники для самостійної роботи, конспекти лекцій, джерела літератури за фахом) та систему аналізу навчального процесу у вигляді тестових завдань.

**Висновки.** Підготовка спеціалістів в інтернатурі є важливим завданням профільної кафедри вищих медичних навчальних закладів, що дозволяє поліпшити надання медичної допомоги дитячому населенню. Покращенню підготовки лікарів-інтернів на кафедрі сприяє моніторинг якості навчального процесу на кафедрі. На заочному етапі підготовки молодих спеціалістів доцільно впроваджувати дистанційні форми оцінювання рівня професійної підготовки у вигляді тестових завдань.

## Література

1. Моніторинг якості освіти: світові досягнення та українські перспективи / за заг. ред. О.І. Локшиної. – К. І. С., 2004. – 121 с.

2. Удосконалення навчального процесу під час післядипломної підготовки лікарів-інтернів – педіатрія/ За ред. О.П. Волосовець, С.П. Кривоустова, О.Я. Дзюби та ін. //Матеріали IV конгресу педіатрів України «Сучасні проблеми клінічної педіатрії» – К., 2007. – С.18.

3. Нагорная Н.В., Лимаренко М.П., Баешко Г.И. и др. Об опыте оптимизации обучения педиатров в интернатуре // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3. – С.17.

4. Нагорная Н.В., Острополец С.С., Бодюкова Е.В. и др. Пути активизации деятельности врачей-интернов // Здоровье ребенка. – 2011. – № 3. – С. 21.

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «НЕОНАТОЛОГІЯ»**

*Гончарь М.О., В'юн В.В., Маліч Т.С.*

Навчання в інтернатурі є важливим завершальним етапом підготовки молодого спеціаліста перед одержанням сертифіката про право самостійної практичної діяльності, метою якої є формування й удосконалення практичних навичок молодих спеціалістів [1, 2]. На кафедрі педіатрії № 1 та неонатології створені всі умови для підготовки сучасного лікаря-неонатолога. Співробітники кафедри госпітальної педіатрії, нині кафедра педіатрії № 1 та неонатології, стояли на початку формування післядипломної освіти починаючи з 1967 року, коли вперше була сформована нашими співробітниками програма підготовки лікарів-інтернів за фахом «Педіатрія». На теперішній час на базі кафедри в рамках післядипломної освіти, починаючи з 2009 року, проводиться підготовка лікарів-спеціалістів за фахом «Неонатологія». Весь багаторічний досвід з підготовки лікарів-інтернів щороку удосконалюється згідно сучасних умов, стандартів та вимог з реорганізації системи охорони здоров'я.

Підготовку в інтернатурі за фахом «Неонатологія» лікарі-інтерни проходять на клінічних базах кафедри, якими є сучасні перинатальні центри: Харківський обласний клінічний перинатальний центр та Регіональний перинатальний центр, а також відділення патології новонароджених та відділення інтенсивної терапії новонароджених багатопрофільної обласної клінічної лікарні № 1. Лікарі-інтерни беруть участь у всіх видах діяльності: ведуть достатню кількість хворих новонароджених, виконують лікувальні маніпуляції, несуть денні ті нічні чергування в клініках двічі на місяць разом з лікарями, приймають участь у клінічних, патологоанатомічних та реферативних конференціях, консиліумах, обходах професорів, доцентів та завідувачів відділеннями. На кафедрі підготовлено та оновлено методичний матеріал для лікарів-інтернів-неонатологів і для викладачів. Велике значення приділяється оволодінню практичними навичками лікарями-інтернами. В ході оволодіння знаннями та практичними навичками, з метою формування вмінь приділяється увага:

Постановці проблеми та формуванню проблемної ситуації;

Визначенню відомих способів вирішування проблем;

Пошуку нових способів вирішення проблем;



Реалізації різних гіпотез;

Перевірці правильності вирішення проблеми.

Все це можливо завдяки постійному відпрацьовуванню знань та вмінь інтернів при проведенні проблемних та синдромних учбових консилиумів, використанню сучасних фантомів, які є на кафедрі і дають змогу відпрацювати навички надання невідкладної допомоги новонародженим (проведення інтубації трахеї, серцево-легеневу реанімацію, проведення катетеризації сечового міхура тощо). Все це допомагає інтернам ліквідувати нестачу практичних вмінь, які є необхідними для подальшої самостійної роботи.

Велике значення приділяється на кафедрі по підготовці інтернів до написання «Крок 3», для цього підготовлено різноманітні методичні матеріали: набори тестів, використання програми ELEX в навчальному та поточному режимі, приклади використання сучасних технологій – учбові відеофільми, електронна фототека, бібліотека кафедри, сайт кафедри з усіма необхідними сучасними протоколами та матеріалами, інтернет на кафедрі, дистанційні форми навчання: інтерни залучаються до сеансів телемедицини з видатними фахівцями-неонатологами, online-конференції з актуальних питань неонатології.

Традиційно протягом підготовки лікарів-неонатологів є залучення їх до виконання наукових досліджень протягом навчання, з проведенням щорічної науково-практичної конференції. За підсумками останньої кращі роботи доповідаються на щорічній між кафедральній науковій конференції лікарів-інтернів. Ця форма роботи допомагає молодим лікарям поглибити свої знання, обґрунтувати отримані результати, зробити презентацію та представити свої дослідження для інтерактивного обговорення з аудиторією.

Таким чином, наш досвід свідчить про те, що дана методика підготовки лікарів-інтернів-неонатологів сприяє формуванню молодих лікарів високої кваліфікації та заохочує їх до безперервного професійного розвитку.

## **Література**

1. 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.

2. Нагорна Н. В., Острополец С. С. Етика спілкування з пацієнтами через все навчання в інтернатурі. «Здоровье ребёнка». – Научно-практический журнал, № 4. – 2011. – С. 110–112.

## **СУЧАСНІ МОДИФІКАЦІЇ ТРАДИЦІЙНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ІНТЕРНАТУРІ**

*Гонцій О.В., Бизов Д.В.*

Навчання в інтернатурі – найважливіший і унікальний етап в підготовці майбутнього лікаря. Якщо під час навчання в медичному університеті можливості забезпечити практично спрямовану і проблемно орієнтовану підготовку майбутнього лікаря залишаються істотно обмеженими, то інтернатура

надає можливість реальної діяльності в повній мірі. І хоча лікар вчиться спеціальності все своє життя, правильна й адекватна організація раннього післядипломного етапу навчання може стати визначальною в формуванні клінічного мислення і професіоналізму.

Професійна компетенція – багаторівневе поняття. Т.М. Балихіна виділяє наступні стадії, що впливають на формування рівнів професійної компетенції. На стадії оптації відбувається формування професійних намірів, професійне самовизначення, усвідомлення вибору професії – це елементарний рівень компетенції. Стадія професійної освіти характеризується становленням системи спеціальних знань, навичок, умінь, здобувається первинний практичний досвід для вирішення типових професійних завдань – це граничний рівень компетенції. На стадії професійної адаптації набувається досвід самостійної професійної діяльності, це – рівень адаптації. Стадія професіоналізації характеризується якісним виконанням професійної діяльності, це – новаторський рівень компетенції. Стадію професійної майстерності відрізняє повна реалізація, «самоздійснення» особистості у творчій професійній діяльності, це – творчий рівень компетенції [1].

Основна мета підготовки інтернів може бути сформульована як удосконалення практичних умінь, необхідних для роботи лікаря. Цій меті підпорядковані організація навчального процесу, методи та форми контролю ефективності навчання в інтернатурі.

Дисципліна автоматично підрозділяється на базові модулі, назва яких відповідає основним напрямкам спеціалізації. Всі ці базові модулі зберігаються і при переході від навчання студентів до підготовки майбутніх лікарів на післядипломному етапі. Тут закріплюються і удосконалюються засвоєні раніше і здобуваються нові практичні вміння, зокрема, навик самостійної роботи з пацієнтами, надання невідкладної допомоги, знайомство з сучасними методами обстеження, ведення медичної документації. Основною клінічною базою підготовки інтернів є багатопрофільний стаціонар, що надає унікальні можливості для навчального процесу на етапі інтернатури. При цьому пріоритетним є формування у майбутніх лікарів навичок практичного ведення пацієнтів, що забезпечується двома основними принципами: самостійна діяльність і індивідуалізація викладання [2].

Основним видом діяльності є саме самостійна робота інтерна в якості помічника лікаря під контролем викладача. Відповідно до цього на етапі інтернатури існує більше можливостей для індивідуалізації.

Педагогічна наука свідчить про те, що на відміну від передачі знань, засвоєння професіональних практичних навичок може бути ефективним тільки при максимально індивідуалізованому навчанні. Ідеальним є співвідношення «один вчитель - один учень». До цього, зокрема, прагнули багато видатних лікарів минулого, які проходили вдосконалення професії в іноземних фахівців за власний рахунок. Реалізація такого принципу у великих групах практично неможлива, це негативно відображується на якості навчання. Тому кількість інтернів в групі не повинна перевищувати 6–7 чоловік. Кожен

інтерн, протягом одного або двох місяців (в залежності від тривалості модуля), під контролем викладача лікує 5–6 пацієнтів в одному з відділень багатопрофільного стаціонару. В процесі цієї роботи інтерн виконує всі можливі види діяльності лікаря: діагностика різних форм внутрішньої патології, планування додаткового обстеження і трактування його результатів, участь в лікувально-діагностичних маніпуляціях, консультаціях, консилиумах, ведення необхідної медичної документації (історії хвороби, епікризи, виписки, направлення на обстеження). Крім щоденних обходів в палаті, обов'язковим для інтерна є два нічних чергування на місяць, під час яких є можливість для надання невідкладної допомоги екстрено госпіталізованим пацієнтам.

З кожним з інтернів викладач робить обхід в палаті з освоєнням й контролем необхідних практичних умінь, докладним обговоренням діагностичного та лікувального процесу кожного пацієнта, перевіркою якості ведення медичної документації. Такі обходи є максимально ефективною формою навчання в інтернатурі. Іншим основним видом навчальної діяльності для інтернів є заняття з групою, побудовані в формі клінічних розборів. Такі заняття проводяться відповідно до тематики, передбаченої навчальною програмою [3].

Теоретична підготовка інтернів включає спеціальний лекційний курс, тематика якого передбачає розгляд клінічно значущих проблем. У лекторів є можливість зупинитися на проблемах диференціальної діагностики в складних випадках, індивідуалізації терапії, сучасних методах діагностики та лікування.

Реформування викладання медичних дисциплін в інтернатурі відбувається одночасно з введенням в дію оновлених стандартів і протоколів надання медичної допомоги при різних патологічних станах та вимагає перегляду всіх клінічних освітніх програм.

Для цього необхідно не тільки ревізувати більшість існуючих джерел інформації, але й постійно перебудовувати методологію самого навчання. У викладанні медичних дисциплін це повинно бути зроблено на основі доказової медицини із залученням нових інформаційних стандартів для прийняття діагностичних рішень.

Не можна не сказати ще про один аспект навчання в інтернатурі. У лікарських деклараціях багатьох країн проголошується, що кожний пацієнт може очікувати від лікуючого лікаря таких якостей, як професіоналізм, вміння вислухати й комунікабельність. Тобто професіоналізм клініциста, окрім високої кваліфікації, передбачає досить високий рівень соціальної поведінки. Тому для підготовки майбутнього лікаря велике значення має не тільки професійна освіта і навички, а й виховання. Це здійснюється, перш за все, за участі в роботі та житті лікарського і кафедрального колективу, його буднів і свят, де молодий фахівець має можливість навчатися у старших колег професіональним навичкам, вирішенню складних деонтологічних проблем, де в процесі клінічних розборів, обходів, конференцій прищеплюються певні традиції і формується особистість. За словами Л. Дістервега, «ніхто не

зможе дати іншому те, чим не володіє сам, так ніхто не зможе розвивати, виховувати й навчати, хто сам, нерозвинутий, невихований й неосвічений». Будь-якому співробітникові вищої медичної школи – професору, доценту, асистентові клінічної кафедри слід постійно розвивати педагогічну майстерність, професійний і культурний рівень для максимально ефективного виконання своїх обов'язків – навчання майбутніх лікарів.

### **Література**

1.Балыхина Т.М. Структура и содержание профессиональной компетенции филолога: автореф. дис. докт. пед. наук / Т.М. Балыхина. – М.: ГИРЯ, 2000. – 52 с.

2.Інноваційні педагогічні технології: теорія та практика використання у вищій школі : монографія / І. І. Доброскок, В. П. Коцур, С. О. Нікітчина [та ін.] ; Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Г. Сковороди, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих АПН України. – Переяслав-Хмельниц : Вид-во С. В. Карпук, 2008. – 284 с.

3.Бутвиловский, А.В. Развитие профессионального врачебного мышления / А.В. Бутвиловский, Е.А. Кармалькова, В.Э. Бутвиловский, И.С. Кармалькова // Медицинский журнал (Республики Беларусь). – 2013. – № 2 – С. 157–158.

### **ПОСТТРАВМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У КОНТУЖЕНИХ І ПРИ ТЕРМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ (ОПІКОВІЙ ХВОРОБІ)**

*Гуйда П.П.*

Контузія частіше обумовлена дією ударної повітряної або водяної хвилі. Ударна хвиля – це зона сильного стиснення середовища, яка поширюється в усіх напрямках від епіцентру вибуху із надзвуковою швидкістю.

Ударна хвиля може чинити на людину пряму і непряму дію. Пряма дія – безпосередній вплив ударної хвилі на організм людини, що призводить до розвитку ранніх і пізніх захворювань внутрішніх органів. Непряма дія – уламки будинків, осколки скла і т. п., які спричиняють людині механічні ушкодження.

Основними параметрами, які визначають характер і тяжкість ушкоджень, є швидкісний натиск, надмірний (надатмосферний) тиск і тривалість дії ударної хвилі.

До ранніх захворювань, викликаних прямою дією ударної хвилі, відносяться:

Функціональні розлади нервової системи: збудження, логорея,

метушливість, головний біль, запаморочення, атаксія, порушення координації, порушення сну, серцебиття, біль в ділянці серця, гіпотонія, нудота, пітливість, шкірний свербіж. У подальшому можуть розвинути млявість, адинамія, байдужість по відношенню до оточення, сонливість, зниження апетиту, порушення моторики травного тракту і т. п.

Функціональні порушення з боку серцево-судинної системи:

серцебиття, болі в ділянці серця або за грудиною з іррадіацією в ліву руку або лопатку (по типу стенокардії), падіння судинного тону: виражена пітливість, блідість шкірних покривів, загальна слабкість, запаморочення, мелькання «мушок» або «сітка» перед очима, адинамія, ниткоподібний пульс, падіння артеріального тиску, ослаблення серцевих тонів, іноді – порушення серцевого ритму (екстрасистолія).

Гостра емфізема легень: значно виражена задишка, ціаноз і одутлість лиця, набухання шийних вен, пітливість, бочкоподібна грудна клітка, обмеження дихальної екскурсії, коробковий перкуторний звук, «ватне» дихання, зникнення абсолютної тупості серця, тахікардія.

Морфологічні зміни в серці – відрив сосочкових м'язів: задишка, тахікардія, розширення меж серця, грубий систолічний шум на верхівці, ослаблення I тону і т.п.

До пізніх захворювань внутрішніх органів у контужених належать:

Пневмонії, в основі розвитку яких лежить порушення іннервації легень внаслідок ураження головного мозку та травматизації дихальних шляхів і альвеол з розривом останніх і приєднанням інфекції. Пневмонії виникають на 2–3 тижні після травми. Клінічна картина аналогічна клініці вогнищевої пневмонії.

Бронхіальна астма, яка виникає внаслідок ураження центральної нервової системи, ендокринних залоз і підвищення тону блукаючого нерва. При цьому типовий напад бронхіальної астми супроводжується надзвичайно вираженою нападаподібною пітливістю, відсутністю еозинофілії в крові та еозинофілів в мокроті, наявністю очних симптомів гіпертиреозу (блиск очей, симптом Штельвага) при незміненому основному обміні.

Зміни серцево-судинної системи:

- а) нейро-циркуляторна дистонія;
- б) коронарна недостатність (ангіоневротична стенокардія);
- в) артеріальна гіпертензія (внаслідок травматизації головного мозку);
- г) травматичні вади серця з розвитком серцевої недостатності.

4. Зміни травного тракту:

- а) дискинезія жовчовивідних шляхів;
- б) дискинезія шлунка і кишечника;
- в) виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки (внаслідок травматизації центральної нервової системи).

Лікування усіх зазначених захворювань проводиться за загальноприйнятими методиками.

Опікова хвороба – це симптомокомплекс змін внутрішніх органів при глибоких опіках площею понад 10 %. Характер і тяжкість уражень внутрішніх органів у опечених багато в чому залежать від площі, ступеня та локалізації опіків.

В патогенезі опікової хвороби відіграють роль розлади центральної нервової системи, опіковий шок, згущення крові, токсемія, приєднання інфекції.

Із захворювань органів дихання у обпечених частіше розвиваються:

Опік верхніх дихальних шляхів (задишка, сухий кашель, болі за грудиною, охриплість голосу, «опікова кайма» губ).

Вогнищеві пневмонії.

Крововиливи під плевру.

Ателектази.

Набряк легень

З боку серцево-судинної системи у ранньому періоді опікової хвороби спостерігаються функціональні порушення та опіковий шок, а в II–III періодах – міокардит, міокардіодистрофія.

Проявами патології травного тракту у обпечених в залежності від тяжкості опіків можуть бути:

а) погіршення апетиту, спрага, нудота, блювота, пригнічення шлункової секреції;

б) крововиливи, ерозії, гострі виразки шлунка і дванадцятипалої кишки;

в) коліти;

г) жирова дистрофія печінки, гепатит.

Для ураження сечовидільної системи при опіковій хворобі характерні:

а) олігурія, анурія;

б) гостра ниркова недостатність (в I періоді);

в) дифузний гломерулонефрит, апостематозний нефрит, пієлонефрит;

г) амілоїдоз нирок, сечокам'яна хвороба.

Патологія системи кровотворення при опіковій хворобі може проявлятися анеміями (гемолітичною і гіпохромною), лейкоцитозом, лімфопенією, анеозинофілією.

Етапне лікування опікової хвороби.

Перша медична допомога (у вогнищі ураження): гасіння одягу, знеболення, накладення асептичної пов'язки, евакуація.

На етапі першої лікарської допомоги проводяться в основному протишокові заходи.

На етапі кваліфікованої медичної допомоги продовжуються протишокові заходи, призначаються антибактеріальні засоби, проводиться лікування гострої ниркової недостатності.

На етапі спеціалізованої медичної допомоги виконується повний обсяг лікувальних заходів (лікування опіків і опікової хвороби).

## **Література**

1. Военно-полевая терапия: Учебное пособие. / Под ред. И.К. Латогуза, С.Г.Демяника. – Харьков: ХМИ, 1993. – 88 с.

2. Терапия в экстремальных условиях мирного и военного времени: Учебно-методическое руководство для студентов и врачей. / Под ред. профессора И.К. Латогуза и доцента С.Г. Демяника. – Харьков, 2006. – 155 с.

# ПОСТТРАВМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ

*Гуйда П.П.*

На сьогодні актуальними залишаються питання вивчення військової медицини, в тому числі лікарями-інтернами. До навчального плану та програми з військово-медичної підготовки лікарів-інтернів зокрема входить ознайомлення з посттравматичною патологією внутрішніх органів, розгляд якої передбачає вивчення захворювань внутрішніх органів та їх особливостей при вогнепальних пораненнях, травмах, термічних ураженнях (опікова хвороба) та дії ударної хвилі.

При вогнепальних пораненнях різної локалізації доволі часто спостерігаються захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи.

Найбільш частими ускладненнями вогнепальних поранень є хвороби легень і плеври: пульмоніт, крововиливи в легені, пневмонії, нагнійні процеси, пневмоторакс, гемоторакс, емпієма плеври.

Пульмоніт – зміни легеневої тканини навколо ранового каналу при проникаючому пораненні грудної клітки. Навколо ранового каналу утворюються зони некрозу та розміжчення, ателектазу, масивного крововиливу, емфіземи, аспірації та крововиливів. Клінічні прояви пульмоніту, як правило, мало виражені (підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, помірний лейкоцитоз і підвищення ШОЕ) та маскуються тяжкими ускладненнями поранення – шок, пнемо- та гемоторакс. Несвоєчасне призначення антибактеріальної терапії може призвести до розвитку запальних та нагнійних процесів.

Крововиливи в легені розвиваються при пораненнях грудної клітки та черепа. Клінічна картина залежить від масивності крововиливу та його локалізації. Основні симптоми: кашель, кровохаркання, болі в грудній клітці, задишка, укорочення перкуторного звуку, ослаблення дихання, крепітація або дрібнопухирчасті хрипи, субфебрильна температура, нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. Невеликі крововиливи швидко розсмоктуються – через 10–15 днів повністю зникають. Масивні крововиливи можуть ускладнитись пневмонією і розвитком пневмосклерозу.

Пневмонії часто ускладнюють різні за локалізацією поранення. Розрізняють ранні та пізні пневмонії. Ранні пневмонії виникають у перші години і дні (до 7 днів) при пораненнях черепа, лица, грудної клітки (на боці, протилежному пораненню), живота. Пізні пневмонії розвиваються через 15–20 днів після поранення нижніх кінцівок, грудної клітки (на боці поранення), живота, а також за наявності сепсису та серцевої недостатності.

Клінічна картина пневмоній багато в чому залежить від локалізації поранення. Так, при пораненні черепа пневмонії дрібновогнищеві, супроводжуються невеликим підвищенням температури тіла, слабким кашлем, деяким укороченням перкуторного звуку, наявністю дрібнопухирчастих хрипів на обмеженій ділянці, помірними лейкоцитозом і підвищенням ШОЕ.

При рентгенологічному дослідженні визначається дрібновогнищева інфільтрація легень. Тривалість перебігу пневмонії не перевищує 10–15 днів, закінчується одужанням.

При пораненнях лица і щелепи пневмонія розвивається гостро, бурхливо, через 5–7 днів після поранення, має великовогнищевий або зливний характер. Відзначаються кашель з мокротою, болі в грудній клітці, задишка, гіперемія лица, підвищення температури тіла до 40°C, тахікардія, укорочення перкуторного звуку, крепітація, дрібно- і середньопухирчасті хрипи, виражений нейтрофільний лейкоцитоз, еозінопенія, підвищення ШОЕ. Пневмонії нерідко набувають мігруючий характер, при пораненнях в щелепи часто нагноюються.

При пораненнях живота пневмонії частіше дрібновогнищеві, локалізуються в нижньо-задніх відділах, нерідко двобічні, розпочинаються гостро, супроводжуються задишкою, ціанозом, кашлем, підвищенням температури тіла, характеризуються затяжним перебігом.

За наявності ранового сепсису розвиваються септичні пневмонії: розпочинаються непомітно, клінічна картина «замаскована» тяжким септичним станом, кашель відсутній через слабкість та виснаження хворого. При рентгенологічному дослідженні визначаються численні пневмонічні вогнища в обох легенях. Перебіг пневмоній тривалий, зі схильністю до рецидивів і абсцедування.

Нагнійні процеси (абсцес, гангрена) виникають частіше при пораненнях лица, щелепи (аспірація), грудної клітки (сторонній предмет) або при сепсисі. Клінічна картина звичайна.

Лікування захворювань легень у поранених проводиться за загальноприйнятими методиками.

До захворювань плеври у поранених відносяться гемоторакс, пневмоторакс, емпієма плеври, які є компетенцією хірургів.

Захворювання серцево-судинної системи у поранених можуть розвиватись в ранньому і пізньому періодах. Ранні зміни мають функціональний характер і виникають у перші хвилини і години після поранення. Появляються загальна слабкість, тахікардія, задишка, болі в ділянці серця, гіпотонія. Іноді розвиваються колапс або шок. Ці зміни рефлексорного походження і після надання необхідної допомоги, як правило, швидко зникають. Пізні зміни (міокардит, ендокардит, перикардит) частіше виникають за наявності у поранених септичного процесу. Ендокардит і перикардит розвиваються при пораненнях нижніх кінцівок і грудної клітки. При ендокардиті уражається, як правило, мітральний клапан, рідше – аортальний. Клінічна картина звичайна, але діагностика утруднена, оскільки захворювання розвивається на фоні сепсису. Клінічна картина перикардиту також звичайна, його наслідком нерідко є облітерація порожнини перикарду, а іноді – розвиток «панцирного» серця.

Із захворювань шлунково-кишкового тракту в ранньому періоді (до 10 днів після поранення) часто виникають гастрити та виразкова хвороба



шлунка або дванадцятипалої кишки, клінічна картина яких звичайна. За наявності сепсису у поранених в пізньому періоді (понад 1 місяць) розвивається коліт.

До захворювань сечовидільної системи у поранених відносяться рефлекторна анурія, яка зникає через 1–2 доби, дифузні та вогнищеві нефрити, пієлонефрит, амілоїдоз нирок. Різновидом вогнищевих нефритів є гнійничковий (апостематозний) нефрит, перебіг якого доволі тяжкий: озноб, головний біль, болі в поперековій ділянці, нудота, блювота, підвищення температури тіла до 39–40° С, позитивний симптом Пастернацького. Пієлонефрит розвивається при пораненнях хребта і тазу, а амілоїдоз нирок виникає у пізньому періоді за наявності у поранених нагнійних процесів.

Часто у поранених спостерігаються зміни периферичної крові. Частіше за все виникає анемія: в ранньому періоді гостра постгеморагічна, в пізньому – гіпохромна, яка обумовлена пригніченням кістково-мозкового кровотворення внаслідок ранової інфекції та сепсису. Крім того, у поранених виникає лейкоцитоз, який в ранньому періоді (у перші години після поранення) має рефлекторний характер, а в пізньому періоді зумовлений приєднанням інфекції. За наявності у поранених запального та нагнійного процесів спостерігається також підвищення ШОЕ.

### **Література**

1. Военно-полевая терапия: Учебное пособие. / Под ред. И.К.Латогуза, С.Г.Демяника. – Харьков: ХМИ, 1993. – 88 с.
2. Терапия в экстремальных условиях мирного и военного времени: Учебно-методическое руководство для студентов и врачей. / Под ред. профессора И.К.Латогуза и доцента С.Г.Демяника. – Харьков, 2006. – 155 с.

## **ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ»**

*Дашук А.М., Чернікова Л.І.*

**Вступ.** 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 розробку і широке впровадження в навчальний процес сучасних педагогічних, інформаційних та телекомунікаційних технологій поряд з 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 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 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», «Еlex», при визначенні початкового і кінцевого рівня знань, у проведенні поточного контролю, при само-

контролі 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 і сформулювати діагноз, скласти план обстеження, провести диференційну діагностику й призначити лікування. Велике значення для майбутнього 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 вимагає особливої уваги, оскільки випускники вищих навчальних закладів, маючи достатню теоретичну основу, відчувають дефіцит практичних навичок лікарської діяльності. Саме тому робота з оволодіння та удосконалення практичних навичок при навчанні в інтернатурі є невід'ємною й актуальною частиною підготовки лікаря-спеціаліста-практика. Керівництво ж цією роботою повинно здійснюватись як викладачами 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 і примножуючи все краще, що було закладено у вітчизняній медичній освіті. Використання сучасних технологій навчання дозволить об'єктивно оцінювати рівень підготовки і здібностей кожного лікаря-інтерна і дати рекомендації щодо подальшої їх 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.

## ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ

*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 вимагають 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 і 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 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 стажу-

вання (1404 год). Загально відомо, що дерматовенерологія як дисципліна поділяється на такі базові модулі: неінфекційні хвороби шкіри (псоріаз, парасоріаз, 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 вимагає 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 і забезпечує навчання лікарів-інтернів за всіма розділами навчальної програми. Значення роботи з удосконалення практичних навичок суттєво зростає під час заочного циклу інтернатури. Практична частина підготовки дає можливість у ролі помічника лікаря брати участь у лікувальному процесі, побачити та 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 забезпечення спеціалізації лікарів-інтернів, модернізація лекційного викладання 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», «ЕІех», а й при визначенні початкового і кінцевого рівня знань, у проведенні поточного контролю, при самоконтролі і 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 в 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. Вьюн // 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. – 25 с.

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

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

*Дащук А.М., Чернікова Л.І.*

**Вступ.** 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 і 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, виділеної 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, започаткована автоматизація 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 формуються знання про патологію організму в цілому, що дає можливість лікарю-лаборанту орієнтуватися в будь-якому розділі медицини.

Поступово складається клініко-лабораторне мислення, завдяки якому лікар-лаборант стане консультантом лікаря з питань лабораторної діагностики.

Вважаємо за доцільне навчання лікарів-інтернів за фахом «Лабораторна діагностика» на кафедрі дерматології, венерології та СНІДу Харківського національного медичного університету за додатковою програмою «Лабораторна діагностика венеричних хвороб та хвороб шкіри».

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 неговонококових 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 скласти 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 зможуть 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, Карabut Л.В. Клиническая лабораторная диагностика: курс лекций. – Харьков: Изво 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 р.».
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 2012 р. – Харків, 2012. – С. 7–9.

## **ШЛЯХИ АКТИВІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ХНМУ**

*Журавльов А.С., Луцир А.В., Юревич Н.О., Шушляпина Н.О.*

Підвищення якості медичної допомоги населенню включає і оптимізацію роботи закладів післядипломної освіти, які здійснюють підготовку висококваліфікованих лікарів. Інтернатура – перший рівень підвищення практичної підготовки фахівців, їх здатності до самостійної лікарської діяльності [1, 5]. На жаль хороша теоретична підготовка вчора ще студента, а сьогодні молодого лікаря часто пов'язана з дефіцитом практичних навичок лікарської діяльності.

Ми вважаємо важливим формування у лікарів-інтернів здатності до продуктивної діяльності, коли всі необхідні лікарські діагностичні та лікувальні маніпуляції хоч і виконуються за аналогією з тим, що було засвоєно на теоретичних заняттях, але з необхідними змінами в кожній новій ситуації, біля ліжка хворого, безпосередньо на прикладі конкретного пацієнта.

Спільно з наставником лікарів-інтернів на кафедрі отоларингології ХНМУ навчаються обґрунтовувати і формулювати попередній діагноз, складати план обстеження, проводити диференційну діагностику і потім формулювати заключний діагноз, призначати лікування і програму реабілітації. Завдання інтернів – оцінити тяжкість стану пацієнта, побачити особливості клінічного перебігу хвороби у даного пацієнта, розуміти, як впливають супутні захворювання, сформулювати основний діагноз конкретного хворого, що визначає подальшу лікарську тактику і правильний вибір медикаментозної терапії.

Вважаємо важливим в підготовці молодих лікарів показати, на своєму прикладі, спільність і згуртованість колективу як всередині кафедри так і з співробітниками відділення. Тепла, психологічно здорова обстановка, взаємоповага в роботі і навчанні, доброзичливість до лікарів-інтернів, спільний ретельний і творчий аналіз клінічних ситуацій, повага їх думок, їх суджень розвиває у лікарів-інтернів основи клінічного мислення, стимулює і створює мотивацію до ведення хворих, призводить до глибокого і всебічного осмислення клінічних ситуацій.

У лікарів-інтернів іноді виникають складності в спілкуванні з хворими і їх родичами. Страх і невпевненість в тому, як правильно відповісти хворому на деякі з їхніх запитань може викликати недовіру пацієнта і, як наслідок, невпевненість «молодого» лікаря в своїх силах, сумнів у можливості індивідуально реалізувати свій творчий хист. Ми вчимо індивідуально підходити до кожного пацієнта, психологічно вживатися в їх проблему, налагодити емоційний контакт і тим самим викликати довіру хворого до лікаря. Це нівелює напругу в спілкуванні і тим самим поліпшить продуктивну роботу лікаря [2, 3].

Важливе значення в діяльності нашої кафедри звичайно ж мають і клінічні та науково-практичні конференції, що сприяють поглибленню теоретичних знань інтернів-отоларингологів. Щотижня ми проводимо клінічні розбори пацієнтів, що знаходяться в отоларингологічному відділенні. Клінічні розбори супроводжуються виступом лікаря-інтерна з доповіддю однією з актуальних тем отоларингології. У процесі підготовки доповіді всі інтерни змушені активно знаходити, вивчати та використовувати навчальну та наукову інформацію. Це розширює горизонти знань, спонукає лікарів-інтернів до більш повного пояснення причин захворювання, розкриття їх природи, постановці клінічного діагнозу і проведення диференційованого лікування [4].

У разі, коли на клінічній базі немає достатньої кількості хворих по заданій темі, заняття проводять із застосуванням ситуаційних завдань або використанням ділових ігор, сценарій яких розробляється заздалегідь. Моделювання клінічних ситуацій особливо важливо і корисно в формуванні навичок надання невідкладної допомоги при критичних станах. На нашій кафедрі створені макети-тренажери для навчання проведення передньої і задньої тампонади носа, трахеостомії.

На кафедрі завжди достатньо уваги приділяється педагогічним і психологічним методикам [6], дотримання принципів деонтології, практичне за-

стосування яких аналізується в кожній конкретній ситуації при проведенні тематичних конференцій, обходів, клінічних розборів хворих, лекцій та практичних занять.

Таким чином, безперервний процес удосконалення знань і умінь молодого лікаря, використання методів активізації діяльності лікарів-інтернів, надання інтернам можливості реалізації їх професійних якостей, призводять до поліпшення та оптимізації післядипломної освіти.

### **Література**

1. Андрущенко В. Основні тенденції розвитку вищої освіти в Україні на рубежі століть (Спроба прогностичного аналізу) // Вища освіта України.- 2000. – № 1. – С.11–17.

2. Волосовець О. П. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів / О.П. Волосовець, Н.В. Нагорна, С.С. Острополец та ін. — Донецьк: Національна спілка письменників України. Журнал «Донбас», 2004. – 84 с.

3. Нагорная Н.В. Опыт преподавания биоэтических аспектов при подготовке врачей-интернов на кафедре педиатрии / Н.В. Нагорная, С.С. Острополец, Е.В. Бордюгова и др. // Університетська клініка. – 2005. – Т. 1, № 1. – С. 35–37.

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

5. Острополец С.С. Педиатрия на пороге XXI века. – Севастополь: Вебер, 2003. – 142 с.

6. Острополец С.С. Врачебная этика и медицинская деонтология в педиатрии // Здоровье ребенка. – 2006. – № 2. – С. 8–10.

## **ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 3**

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

**Вступ.** Основою розвитку особистості, нації та країни в цілому є освіта, тому сьогодні виникла необхідність змінювати сам зміст освіти та її характер. Поява нових інформаційно-комунікаційних технологій сприяла впровадженню нових форм навчання, освітніх програм, підходів до інформаційного забезпечення освітнього процесу, які докорінно вирішують існуючі педагогічні, дидактичні та методологічні освітні проблеми. Широке застосування комп'ютерів сприяло кардинальній перебудові усієї системи управління освітнім процесом [1].

Законом України «Про вищу освіту» від 1 липня 2014 (№ 37–38, ст. 2004) та Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти встановлено нові вимоги до організації та управління навчальним процесом [2].

Освіта – це система знань, умінь, навичок, що набуті в процесі навчання. Упорядкованість у взаємодії викладача з лікарями-інтернами повинна бути

спрямована на досягнення поставленої мети. Планування процесу навчання з використанням комп'ютерної техніки повинно здійснюватися в напрямку максимальної індивідуалізації. Комп'ютерні технології дають можливість використовувати навчальний матеріал в різноманітних формах: тестові завдання, підручники, навчальні посібники, схеми, малюнки, таблиці та ін. [3].

Сьогодні в країні проводиться підготовка кадрів на сучасному рівні, яка направлена на отримання кваліфікованих практикуючих лікарів, спроможних якісно проаналізувати результати клінічних досліджень на основі доказової медицини [4–6]. Стара парадигма «Освіта на все життя» повинна бути замінена на нову: «Освіта через все життя». Таким чином, постійне підвищення професійних знань, удосконалення вмінь та навичок, оволодіння сучасними технологіями є основою для формування сучасного лікаря-спеціаліста, тому при навчанні лікарів-інтернів на кафедрі внутрішньої медицини № 3 ХНМУ використовують принципи, які дають можливість підготувати висококваліфікованих фахівців.

**Мета.** Обґрунтування використання інноваційних технологій для покращення якості навчального процесу лікарів-інтернів.

**Основна частина.** Для оптимізації традиційних засобів та форм навчання при вивченні внутрішніх хвороб на кафедрі внутрішньої медицини № 3 в освітній процес упроваджено нові інформаційно-освітні веб-технології, які дають можливість удосконалення методів поточного контролю роботи лікарів-інтернів, комп'ютерного тестування та підвищують ефективність викладання та навчання. У січні 2014 року створено сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 ([www.vnmed3.kharkiv.ua](http://www.vnmed3.kharkiv.ua)), на якому розміщено весь необхідний навчально-методичний та науковий матеріал, що дає можливість лікарям-інтернам якісно здійснювати підготовку та самопідготовку, долучатися до наукової та лікувальної діяльності. За допомогою матеріалу, який розміщений на сайті кафедри, 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 із можливістю коментаріїв та обговорень, відео лекції, презентації тощо.

На кафедрі внутрішньої медицини № 3 за останні роки 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, використовувати для самоосвіти та свого професійного росту інформаційні ресурси комп'ютерних мереж.

Використання комп'ютерної техніки в навчальному процесі є важливим компонентом підготовки лікарів-інтернів до їхньої подальшої трудової діяльності. Комп'ютер слід використовувати для закріплення знань, одержаних

на практичних, семінарських заняттях та лекціях, для набуття й закріплення умінь та відпрацювання навичок. Це дає можливість об'єктивно оцінити хід процесу навчання, оскільки зворотний зв'язок здійснюється не тільки при контролі, а й у процесі засвоєння знань.

Крім того, на кафедрі широко використовуються інноваційні засоби навчання, зокрема, мультимедіа - технології, які є максимально інформативними, мобільними та компактними, дає можливість для підготовки до іспиту «Крок 3». Використання інноваційних технологій має велике значення, тому що майбутні лікарі мають можливість знайти сайти європейських та американських медичних товариств, сайти МОЗ, мати Кокранівську базу та користуватися цими даними. Першим кроком кафедри внутрішньої медицини № 3 на шляху запровадження дистанційного навчання було створення в 2010 році навчально-наочного посібника з ендокринології, який сьогодні розміщений в Інтернеті [8]. Створюються лекції та семінари в програмі Power Point з наступною конвертацією за допомогою конвектора Free Codek Pack, які розміщені на сайті університету. Надалі планується розширити презентації за рахунок відео, а також переопрацювати більшу частину методичного забезпечення заняття для можливого його використання у дистанційному навчанні не тільки лікарів-інтернів, а й студентів, особливо це стосується самостійної роботи.

Лікарі-інтерни активно залучаються до наукової роботи, що також сприяє розвитку їх наукового потенціалу. Вони беруть участь у виконанні ініціативної наукової роботи кафедри на тему «Особливості формування кардіоваскулярних порушень у хворих на цукровий діабет 2 типу в умовах поєднаної патології та шляхи їх корекції», приймають участь у наукових та науково-практичних конференціях кафедри, університету та інших ВУЗів; республіканських, міжнародних конференціях, де виступають із доповідями, друкують наукові роботи та тези. 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 та лікарів-інтернів у проведенні міжвузівського заходу «Ніч науки».

**Висновок.** Таким чином, використання інноваційних технологій в педагогічному процесі на кафедрі внутрішньої медицини № 3, володіння навичками роботи в мережі Інтернет, користування сайтом кафедри, використання дистанційного навчання дає можливість всебічної підготовки спеціалістів для подальшої клінічної та наукової роботи в сучасних умовах.

### **Література**

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

2. Закон України «Про вищу освіту» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.

3. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе / Вербицкий А.А. – М: Велби, 2007. – 480 с.

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

Гребеник М.В. Дистанційна форма навчання у післядипломній освіті: реалії та перспективи / М.В. Гребеник, О.М. Масик, Н.І. Ярема, Т.Б. Лазарук // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 15–19.

Юзбашева Г.С. Дистанційне навчання у післядипломній освіті як науковий суспільний пріоритет / Г.С. Юзбашева // Педагогічний альманах. – 2011. – Вип. 11. – С. 220–226.

7. Єщенко А.В. Використання дистанційного навчання в системі післядипломної освіти: сучасне і майбутнє / А.В. Єщенко // проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – № 2 (10). – С. 5–10.

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

## **ЕКОЛОГІЧНО ЗУМОВЛЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДІАГНОСТИКИ**

*Завгородній І.В., Сидоренко М.О.*

У здоров'ї населення України та Харківської області за останні роки намітилися негативні тенденції, які пов'язані з незадовільною екологічною ситуацією. З'явилась нова група «екологічно зумовлених хвороб». На формування екологічно зумовленої патології впливають фізичні, хімічні, біологічні фактори. Із даних міжнародних конференцій, щорічних доповідей Римського клубу відомо, що екологічна ситуація в світі за останні роки настільки різко загострилася, що під загрозою постало виживання людини як біологічного виду.

Харківська область є однією з найбільш екологічно забрудненою територією. За комплексною оцінкою стану довкілля в Україні виділено 3 зони: надзвичайно високою потенціального екологічного ризику, дуже високого ризику і підвищеного екологічного ризику. Харківська область віднесена до зони надзвичайно високого потенціального екологічного ризику. Як наслідок в області реєструється висока захворюваність і особливо відмічається незадовільний стан репродуктивного здоров'я, яке вплинула на демографічну ситуацію. З 1989 р. в області природній приріст населення змінився його зменшенням і склав – 2,8 % по області і 4,2 % – по м. Харкову.

Проблеми глобальної екологічної кризи та виживання людства були обговорені на конференції ООН в Ріо-де-Жанейро (1992 р.), була сформульована «Повістка дня на 21 століття» [1], в якій викладена Концепція сталого розвитку. Зазначено, що рівень екологічної культури сучасних людей не відповідає вимогам часу і це необхідно виправляти шляхом розробки нових освітніх програм.

Велика роль в реалізації освітніх програм по екології належить університетам, які на відміну від діяльності інших спеціалістів з екології готують екологічно мислячу еліту суспільства, якій доведеться приймати відповідальні рішення, робити вибір шляхів розвитку [2].

Проблеми екологічної освіти неодноразово розглядалися на міжнародних конференціях (Йоганесбург, 2002 р.; Київ, 2003 р.; Женева, 2011 р.; Вільнюс, 2005 р. і т. д.). В більшості країн світу в університетах введені нові учбові курси з екології, розроблені навчальні програми, видаються навчальні посібники. Впроваджена максимальна екологізація інших навчальних дисциплін.

В Україні також були розроблені концептуальні основи екологічної освіти, які мають загальнообов'язковий характер. В багатьох університетах країн, в тому числі і в Харківському національному медичному університеті були введені нові навчальні дисципліни: «Управління соціальною та екологічною безпекою» (магістри АМ), «Соціальна екологічна безпека діяльності» (магістри по спеціальності «Педагогіка вищої школи»), «Санітарно-гігієнічна експертиза» (магістри по спеціальності «Лабораторна діагностика»). Метою цих дисциплін є відповідно: формування системних уявлень, теоретичних знань і практичних навичок щодо ефективного управління безпекою діяльністю в соціальній та екологічній сферах; формування знань про джерела потенційних небезпек в середовищі життєдіяльності та планування профілактичних заходів; збереження та захист здоров'я людей шляхом виявлення, попередження, зменшення та усунення шкідливого впливу на них факторів навколишнього середовища.

Програми названих дисциплін потребують удосконалення, доповнення новими розділами, наприклад: «екологічно зумовлені захворювання», «біомоніторинг шкідливих факторів в біологічних тканинах людини», «екологічна безпека харчових продуктів і води».

Питання епідеміології, клініки, діагностики екологічно зумовлених захворювань повинні бути введені в освітні програми медичних університетів в яких ведеться підготовка бакалаврів, магістрів, спеціалістів, інтернів.

На наш погляд аналогічно як ведеться підготовка лікарів-інтернів на суміжному циклі з радіаційної медицини, так необхідно ввести суміжний цикл з екологічно зумовлених захворювань для лікарів-інтернів всіх спеціальностей, а особливо по циклу «Загальна практика – сімейна медицина» (дільничі педіатри, дільничі терапевти). На сьогоднішній день проблеми екології вивчаються бакалаврами, магістрами, спеціалістами післядипломної підготовки, за виключенням лікарів-інтернів.

Актуальною є і проблема харчування населення, кількісна і якісна. Медичні працівники всіх спеціальностей, лікарі-інтерни повинні бути обізнаними з можливими шкідливими наслідками для здоров'я при вживанні харчових продуктів. В продуктах харчування можуть бути присутні мікроби, пестициди, солі важких металів, діоксини, поліциклічні ароматичні вуглеводні, гормони та гормональні препарати, антибіотики, мікотоксини, генетично

модифіковані організми (ГМО), наночастинки або наноматеріали, харчові добавки: консерванти, барвники, емульгатори, стабілізатори, загусники та ін. Незбалансоване і небезпечне харчування є фактором ризику для здоров'я.

Можливість своєчасно встановити наявність в організмі людини шкідливих речовин та їх метаболітів дозволяє метод біомоніторингу, який широко впроваджений в різних країнах [3].

Таким чином, світова, глобальна екологічна криза перетворилася в кризу цивілізації. Серед запропонованих міжнародною спільнотою заходів по захисту населення від шкідливих екологічних факторів особливе значення приділяється екологічній освіті на всіх рівнях суспільства, а особливо медичній екологічній освіті. Питання епідеміології, клініки, діагностики і профілактики екологічно зумовлених захворювань повинні бути введені в усі програми підготовки бакалаврів, магістрів, спеціалістів, лікарів-інтернів.

### **Література**

1. Програма дій. Повістка дня на XXI століття та інші документи конференції в Ріо-де-Жанейро в популярному викладенні / Упорядник Майкл Хитинг. – Женева, 1993.

2. Багрова Л.А., Боков В.А., Бобра Т.В., Рудык А.Н. Роль университетов в реализации стратегии образования для устойчивого развития // Геополитика. «Экогенодинамика регионов». – 2009. – Т. 5. Вып. 1. – С. 95–100.

3. Ревич Б.А., Авалиани С.Л., Тихонова Г.И. Экологическая эпидемиология: Учебник для высш. Учебн. Завед. – М.: Издательский центр «Академия». – 2004. – 384 с.

### **ДО ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

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

Соціально-економічна ситуація в Україні потребує перегляду традиційного погляду на підготовку лікарів-інтернів з клінічної лабораторної діагностики.

Попит на ринку праці, світовий досвід підготовки фахівців з лабораторної медицини, процеси, що пов'язані з модернізацією матеріально-технічної бази клініко-діагностичних лабораторій, впровадження у медичну практику нових методів та методик діагностики захворювань, які базуються на сучасних досягненнях науки і техніки, свідчать про потребу у фахівцях, які поєднуюватимуть у собі лікаря-клініциста та фахівця клініко-діагностичної лабораторії. Саме ці фахівці які вміють орієнтуватися у різних службових ситуаціях і відповідають тим високим вимогам, які потребує сучасна дійсність.

На виконання наказу МОЗ України від 09 листопада 2015 року № 733 «Про утворення координаційної та робочих груп для формування переліку спеціалізацій та пропозицій до стандартів вищої освіти за спеціальностями галузі знань «Охорона здоров'я» та з метою удосконалення підготовки медичних і фармацевтичних працівників, забезпечення імплементації основних



положень Закону України «Про вищу освіту» на теперішній час розробляються нові стандарти підготовки лікарів-лаборантів у яких враховано досвід Німеччини, Франції, США.

У нових стандартах гармонійно поєднуються навички та вміння з клінічної медицини, мікробіології клінічної та біологічної хімії, лабораторної діагностики з санітарно-гігієнічних досліджень, що дає можливість лікарю-інтерну кваліфіковано інтерпретувати результати досліджень.

Наразі у питаннях впровадження нових лабораторних методик та призначенні досліджень лікар-лаборант повинен консультувати клініциста, тому необхідна тісна двостороння співпраця цих лікарів.

На кафедрі клінічної лабораторної діагностики лікарі-інтерни під контролем викладів кафедри та керівників інтернів від ЛПЗ беруть участь у лікувально-діагностичному процесі, виступають з доповідями на внутрішньо-лікарняних конференціях, засвоюють методи роботи на сучасному лабораторному обладнанні.

На кафедрі клінічної лабораторної діагностики ХНМУ інтернатура для лікарів-інтернів розпочинається двічі на рік з 01.03 для лікарів-інтернів, що здобули освітньо-кваліфікаційний рівень «Магістр» зі спеціальності «Лабораторна діагностика» та з 01.09 для лікарів-інтернів для здобули освітньо-кваліфікаційний рівень «Спеціаліст» зі спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа».

Теоретичне навчання лікарів-інтернів за спеціальністю «Клінічна лабораторна діагностика» забезпечене професорами та доцентами кафедр у формі лекцій, семінарських, лабораторних та практичних занять з різних дисциплін.

Майбутній лікар-лаборант зобов'язаний щомісяця презентувати на наукових конференціях кафедр доповіді або реферативні повідомлення, присвячені діагностиці та інтерпретації лабораторних досліджень однієї нозології з докладним викладенням патогенезу захворювання, сучасних методів діагностики та алгоритму лабораторного обстеження. Також лікар-інтерн бере участь у науково-дослідницькій роботі кафедри та оволодіває сучасними методами досліджень.

Таким чином на кафедрі клінічної лабораторної діагностики забезпечується якісна підготовка лікарів-інтернів – майбутніх висококваліфікованих фахівців з лабораторної медицини, які спроможні встановлювати лабораторні діагнози та контролювати ефективність проведеної терапії.

### **Література**

1. Лунева А.Г. Служба клинической лабораторной диагностики: настоящее и перспективы / А.Г. Лунева // Здоров'я України. – 2008. – № 1. – С. 47–49.
2. Бондарь Т. П. совершенствование компетенции специалистов по клинической лабораторной диагностике на вузовском этапе подготовки / Т. П. Бондарь // Лабораторная медицина в свете Концепции развития здравоохранения России до 2020 года : тр. науч.-практич. конф. – М., 2009. – С. 322.
3. Кирпиченюк Л. Н. Проблемы и перспективы последипломной подготовки врачей по клинической лабораторной диагностике / Л. Н. Кирпиченюк //

Лабораторная медицина в свете Концепции развития здравоохранения России до 2020 года : тр. науч.-практич. конф. – М., 2009. – С. 323.

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

5. Пикалов И. В. Подготовка компетентного лабораторного специалиста на кафедре клинической лабораторной диагностики / И. В. Пикалов, Е. Г. Степанова, М. В. Паламарчук, Э. Я. Журавская, Т. В. Аникина, Ю. С. Наволокина // Лабораторная медицина в свете Концепции развития здравоохранения России до 2020 года : тр. науч.-практич. конф. – М., 2009. – С. 326.

## МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ІМІТАЦІЙНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

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

Навчання нових поколінь є невід'ємною частиною розвитку та існування людства. Довгі тисячоліття навчання йшло за системою «один учитель – один учень». Ремесла успадковувалися від батька до сина, від матері до дочки. З часом стала розвиватися і закріплюватися нова система навчання: один вчитель – лектор, професор – група студентів. Вершиною навчання вважалася здатність учнів повторювати як можна точніше за вчителем його положення, фрази, слова. Не дивно, що таку мету цілком забезпечувала нова ідея – одному вчити багатьох.

Лікуванню навчали, сповідуючи ці ж ідеї. Загальні знання про тогочасну медицину студенти отримували за традиційною системою «один учитель – група учнів». Але, щоб стати умілим лікарем-практиком, треба було знайти хорошого фахівця, заплатити йому чималі гроші за навчання і за системою «один учитель – один учень» оволодіти мистецтвом лікування. Проте, попит породжує пропозицію, попит на нові ідеї в навчанні людей пред'явила науково-технічна революція. І справді, швидкий розвиток цивілізації зажадав у великих масштабах нової формація людини. Не стільки «гомо сапієнс» людини розумної, скільки «гомо габіліс» людини вмілої, людини яка вміє добре, надійно і стабільно працювати. Часом, навіть, в екстремальних умовах. Було усвідомлено, що традиційна загальноприйнята система «один учитель – група учнів», озброюючи людей знаннями, не забезпечує їх умінням застосовувати свої знання на практиці.

Чим складніше область навчання, тим все більш настійно виникала необхідність ефективно управляти розумовими операціями учнів. Для вирішення того чи іншого завдання, що містить ряд протиріч, необхідно знайти оптимальне рішення з урахуванням кожного з них. Колишній досвід вирішення подібних завдань шляхом голосування, або вольовим імпульсом, або методом проб і помилок виявився не конструктивним. І тоді народилася ідея моделювання складних ситуацій – метод ділової гри, який отримав в нашій

країні розповсюдження, починаючи з кінця минулого сторіччя, головним чином, в області ігрової імітації професійної діяльності лікаря.

Мова йде не тільки про вищу медичну освіту, але саме про медицину. Ігрова імітація лікарської діяльності широко доступна і доцільна не тільки в умовах медичного інституту, а й у рядовій лікарні або поліклініці. Вища медична освіта побудована на нозологічному принципі мислення та навчання, коли в основі теми лекції, практичного заняття, екзаменаційного квитка лежить назва нозологічної одиниці, тобто власне завідомо відомий діагноз. Сенс навчальної імітації полягає в тому, щоб виховати у студента і лікаря практичне вміння безпомилкової диференціальної діагностики, клінічно подібних захворювань, швидкого встановлення достовірного діагнозу та оптимального лікування хворого в найкоротші терміни. Принципово важливо підкреслити, що клінічні ігри, в основі яких лежить диференціальна діагностика, а вже потім лікування, мають обов'язково називатися відповідно до провідного клінічного синдрому або синдромокомплексу.

Клініцисти всіх профілів знають, що багато хвороб, вивчення яких передбачено навчальними програмами, зустрічаються рідко і показати студентам реальних хворих часто неможливо. У подібних випадках навчальна гра за цією темою компенсує відсутність хворого.

Проблема практичної охорони здоров'я зовсім не в тому, що лікарі погано розпізнають і не вміють лікувати рідкісні хвороби. Головна біда в тому, що вони досить часто погано діагностують і не завжди добре лікують найпоширеніші, найважливіші захворювання. Тому сенс навчального моделювання за допомогою діагностичних і лікувальних завдань, проблемних ситуацій і, особливо, навчальних ігор – забезпечити високу професійну підготовку саме на цьому рівні. Життєво важливо для кожного лікаря – бездоганно працювати в досить характерній і типовій обстановці.

У медичних навчальних іграх потрібно передбачити повноту ситуацій. Розробляючи завдання, слід прагнути до того, щоб, крім інформації, необхідної і достатньої для діагностики, були обов'язково включені також відомості (складні лабораторні аналізи, численні інструментальні дослідження).

Очевидно, що всі клінічні ігри за самим своїм задумом можуть бути односторонніми, бо всі вони переслідують єдину мету – якнайшвидшу оптимальну діагностику й ефективне лікування.

Найчастіше використовують кілька варіантів клінічних ігор: «лікар – хворий» – це основна форма клінічної гри, що моделює умови інтелектуальної професійної діяльності лікаря, спрямованої на розпізнавання хвороб і лікування хворого. Ця форма найбільш проста, вона є основою всіх клінічних ігор. Навчальна гра «лікар – хворий» організаційно і методично надзвичайно широка, мобільна і може застосовуватися в широкому діапазоні. Другий тип – «консиліум» – ця гра відрізняється тим, що, крім лікаря, в грі беруть участь консультанти. Формально, це рольова гра, де студенти виконують ролі лікарів різних спеціальностей та рівня підготовки. Третій тип – це «палатний лікар». Відмінність цього варіанту в тому, що палатний лікар веде кілька хво-

рих. При цьому для моделювання найбільш реальної ситуації кожен з цих хворих знаходиться на різних стадіях обстеження та лікування, на різних стадіях захворювань. Ця гра може бути простіше чи складніше, залежно від того, чи буде палатний лікар мати справу з багатопрофільними хворими, скажімо, кардіологічними, пульмонологічному, або різнопрофільними, коли в палаті загального відділення концентруються хворі з різною патологією різних органів і систем. Другий варіант є набагато складнішим для студентів і вимагає більш серйозної підготовки. Найбільш складними не тільки клінічними, але й організаційними іграми можуть стати навчальні ігри «Поліклініка», «Лікарня», «Лікарняно-поліклінічне відділення».

Лікувальні установи, які залучають до роботи нове лікарське покоління, часто скаржаться, що випускники медичних інститутів не володіють професійними елементарними навичками. Особливо погано вони підготовлені до взаємодії зі своїми колегами і різними службами настільки складного сучасного механізму, яким сьогодні є поліклініка, стаціонар, лікарняно-поліклінічне об'єднання. Багатосторонні зв'язки лікаря з реєстратурою, з кабінетами функціональних і спеціальних інструментальних досліджень, з консультантами різних спеціальностей і рангів, різними лікарсько-контрольними експертами та санаторно-курортними комісіями в реальному житті також виявляються слабкою ланкою.

Моделювання професійної роботи лікаря в колективі лікувально-профілактичного закладу за допомогою навчальної гри в принципі дозволить краще підготувати студента і лікаря до оптимальної діяльності. Іншими словами, медичні ігри повинні моделювати складні проблеми типу «Лікарі системи охорони здоров'я». Головне призначення імітаційного моделювання – зменшити ступінь новизни і несподіваності ймовірних виробничих ситуацій.

Таким чином, моделювання клінічної роботи лікаря шляхом клінічної ігри є виправданою формою навчання, мета якої – створити максимально реальну модель професійної роботи лікаря з хворим. У вищій медичній освіті моделювання клінічної ситуації може стати тим інтегральним методом навчання, який в умовах, наближених до реальних, об'єктивно виявить здатність студента-лікаря до справжньої професійної діяльності.

### **Література**

1. Айламазьян А.М. Актуальні методи виховання і навчання: ділова гра. – М.: Владос-прес, 2000.
2. Платов В.Я. Ділові ігри: розробка, організація та проведення: Підручник. – М.: Профиздат, 1991. – 156 с.
3. Лихачов Б. Педагогіка. – М., 2000. 4. Абрамова Г.С., Степанович В.А. Ділові ігри: теорія і організація. – Єкатеринбург: Ділова книга, 1999.
4. Белецька І.В. Гра – важлива й невід'ємна частина навчання, дозвілля, культури в цілому / І.В. Белецька // Соціальна педагогіка: теорія і практика. – 2010. – № 3. – С. 34–38.

# ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА ЕТАПІ ДОДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

*Каук О.І.*

Однією зі складових якісної підготовки лікарів-інтернів є формування професійної мотивації та підготовленість до професійної діяльності майбутніх лікарів ще на етапі до дипломної освіти [1, 3, 9, 12].

Вивчення праць таких авторів, як М. І. Дьяченко, Л. А. Кандибовіч, Я.Л. Коломинського, Б. Г. Ананьєва, В. А. Крутецкого і інші, показали, що психологічна готовність – це психічний стан, що характеризується мобілізацією ресурсів суб'єкта праці на виконання конкретної діяльності, що включає в себе наступні компоненти: мотиваційні, пізнавальні, емоційні, вольові [2, 4, 5–7, 11].

Виділення даних компонентів психологічної готовності дозволило нам, скласти і апробувати програму психолого-педагогічної діагностики психологічної готовності студентів-медиків до майбутньої професійної діяльності, з метою виявлення труднощів і допомоги в адаптації молодим фахівцям [8, 10].

Метою нашого дослідження було виявлення особливостей психологічної готовності студентів-медиків до професійної діяльності та розробка оптимальних шляхів її формування.

Об'єкт дослідження – освоєння професійної діяльності лікаря.

Предмет дослідження – психологічна готовність студентів-медиків до професійної діяльності.

При проведенні дослідження застосовувались наступні діагностичні методики: методика оцінки потребностно-мотиваційної сфери В.Е. Мільмана, характерологічний опитувальник Леонгарда-Шмішека, тест ДДО Є.О. Климова, тест характерних стратегій міжособистісної взаємодії А. Лірі, спеціально розроблений опитувальник-анкета на виявлення ступеня професійної ідентичності, методика «Готовність до саморозвитку» [3,8,13,14]. Отримані дані піддавалися порівняльному аналізу, математичній обробці за допомогою пакету комп'ютерних програм «EXCEL» і «Statistica for Windows 98».

Дослідження проводилось серед студентів 4, 5 та 6 курсів 1-го медичного факультету ХНМУ. Загальна чисельність охоплених дослідженням склала 96 осіб.

Получені дані свідчать проте, що готовність до професійної діяльності студентів-медиків явище динамічне. Формуючись у процесі навчання у вузі, психологічна готовність студентів-медиків зазнає позитивні якісні та кількісні зміни, нарощується і відбивається в поступальній динаміці переходу від одного рівня до іншого, що тісно пов'язане з етапами навчання в вузі.

Однако, спостерігається нерівномірний характер показників вираженості рівнів психологічної готовності до професійної діяльності у студентів-медиків різних курсів навчання: для студентів-медиків 6 курсу більшою мірою характерно перебування на функціональному рівні готовності, а для студентів 4 курсу «застрявання» на «операційному» рівні.

У 48,3 % студентів 4 курсу ще відсутній стійкий інтерес до обраної професії, уявлення про специфіку і зміст професійної діяльності ілюзорне, міфі-

чне, спрямоване переважно на задоволення комунікативної боку і розширення зовнішніх соціальних контактів. Більше 30 % студентів не центровані на постійному особистісному зростанні і розвитку своїх професійних здібностей, а орієнтовані на забезпечення прикладної сторони професії і наявність оперативних умінь.

Причина низької готовності до професійної діяльності багато в чому криється у відсутності розвинених творчих умінь і нездатності до перетворення отриманих знань, умінь і навичок під конкретну професійну ситуацію.

Факторами, які забезпечують стійку психологічну готовність до професійної діяльності виступають: стійкі професійні інтереси і схильності студента до обраної професії, індивідуально-психологічні особливості особистості студента; професійно схвалювані стратегії міжособистісної взаємодії; професійна ідентичність, заснована на адекватній професійній самооцінці, задоволеності своїм професійним вибором, сформованих професійних установках, реалістичному представлення свого професійного майбутнього.

Низька готовність до професійної діяльності є наслідком невміння застосувати отримані знання в реальній практичній діяльності, відсутності навичок побудови власних програм реалізації професійних обов'язків з урахуванням індивідуальної професійної ситуації, незнання себе, своїх сильних і слабких сторін, відсутності тонкої диференціації власних емоційних станів – все це ускладнює професійне і особисте зростання студентів в процесі професійного навчання.

**Висновки.** Таким чином, на наш погляд освоєння майбутньої професійної діяльності студентами-медиками буде проходити більш цілеспрямовано і інтенсивно, якщо мають місце ряд факторів.

По-перше, необхідно спеціально організоване освітнє середовище, розроблені шляхи та методи оволодіння професійною діяльністю в процесі навчання у вузі, які спрямовані на формування психологічної готовності студентів-медиків до професійної діяльності з використанням інтерактивних форм і евристичних методів, що активізують їх творчі вміння та спрямовані на перетворення отриманих знань, умінь і навичок під конкретну професійну ситуацію.

По-друге, важливо оптимізувати процес навчання майбутніх лікарів та створити розвивальні технології евристичного, проблемного та інтерактивного навчання, які будуть здійснюватися з урахуванням особливостей споживчемо-мотиваційної сфери студента і забезпечувати якісні зміни структурних компонентів психологічної готовності студентів до професійної діяльності.

На основі результатів дослідження планується підготовка методичних рекомендацій, щодо вдосконалення процесу навчання студентів-медиків у вузі.

### **Література**

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. М.: Академия, 1997. – 368 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – 339 с.
3. Гуревич К.М. Психологическая диагностика. Учебное пособие. М., 1997. – 286 с.

4. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Психология высшей школы. – Минск, Изд-во БГУ, 1993. – 383 с.
5. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Пономаренко В.А. Готовность к деятельности в напряженных условиях: Психологический аспект. Минск: Изд-во «Университетское», 1985. – 206 с.
6. Коломинский Я. Л. Социально-психологическая готовность к труду как психолого-педагогическая проблема. Минск, ГПИ, 1971, с. 3–4.
7. Крутецкий В.А. Основы педагогической психологии. М.: Просвещение, 1972.
8. Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. Л.: Медицина, 1984.
9. Кутеев В.П. Развитие активности личности будущего специалиста. – Саранск, 1996. – 296 с.
10. Маркова А.К. Психология профессионализма. М., 1996. – 308 с.
11. Нечаев Н.Н. Психолого-педагогические основы формирования профессиональной деятельности. М., 1988. – 244 с.
12. Практическая психология образования / под ред. Дубровиной И.В. – М.: ТЦ Сфера. 2000. – 528с.
13. Ратанова Т.А., Н.Ф. Шляхта. Психодиагностические методы изучения личности М., 1998. – 336 с.
14. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. 2-у изд. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 512 с.

## **ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ В УКРАИНЕ**

*Кожина А.М., Гайчук Л.М., Черкасова А.А., Стрельникова И.Н.*

Модернизация высшего профессионального образования, что происходит в нашей стране, стала необходимым условием вывода подготовки студентов на новый уровень. В высшей школе процесс профессиональной подготовки будущих врачей-психиатров осуществляется в системе непрерывного медицинского образования. В последнее время в системе подготовки кадров для медицины осуществлен ряд преобразований. Так, для повышения качества подготовки специалистов был увеличен перечень врачебных специальностей в интернатуре, удлиненные сроки последипломного обучения, ввод кредитно-трансферной системы организации учебного процесса.

Внедрение кредитно-трансферной системы обучения в высшем образовании направлено на достижение наиболее эффективного результата в освоении знаний, формирования профессиональных и личных качеств будущих врачей и должно рассматриваться как перспектива совершенствования образовательного процесса в высших медицинских учебных заведениях.

В учебно-воспитательном процессе с целью создания мотивации познавательной деятельности, развитию и углублению клинического мышления мы считаем обязательным привлечение будущих врачей к научно-исследовательской работе.

С целью достижения значительных результатов в процессе научно-исследовательской работе интернов на кафедре созданы условия для того, чтобы отношения со студентами были демократичными. Темы научных исследований выбираются будущими врачами психиатрами добровольно. Ежегодно на кафедре проводятся научные конференции, издаются сборники научных работ. Преподаватели, курирующие научно-исследовательскую работу интернов учитывают интересы, вопросы и потребности каждого студента, создают условия для познавательной, исследовательской активности и развития клинического мышления.

С целью управления качеством подготовки врачей в высших медицинских учебных заведениях внедрена система государственного аудита знаний студентов и врачей-интернов путем лицензированных интегрированных экзаменов «Крок 1», «Крок 2», «Крок 3». При этом «Крок 3» – контроль знаний врачей-интернов всех специальностей по неотложной помощи.

Отличительным признаком квалификационных требований является системное отражение деятельности врача-психиатра как комплексной конечной цели его последипломного образования.

## **ІГРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ**

*Кожина Г.М., Черкасова А.О., Самардакова Г.О., Сінайко В.М.*

В Україні, як і в інших розвинутих країнах світу, вища освіта, зокрема медична визнана однією з провідних галузей розвитку суспільства. Стратегічні напрями розвитку вищої освіти визначені Конституцією України, Законами України «Про освіту», «Про вищу освіту», Національною доктриною розвитку освіти, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України.

Основною метою державної політики в галузі медичної освіти є створення умов для розвитку особистості і творчої самореалізації кожного громадянина України, оновлення змісту освіти та організації навчально-виховного процесу відповідно до демократичних цінностей, ринкових засад економіки, сучасних науково-технічних досягнень.

Незважаючи на досягнення медичної освіти, які забезпечує нова соціо-політична система України, вона ще не забезпечує потрібної якості. Чимало випускників вищих медичних закладів не досягли належного рівня конкурентоспроможні на європейському ринку праці.

Необхідність реформування системи медичної освіти України, її удосконалення і підвищення рівня якості є найважливішою соціокультурною проблемою, яка значною мірою обумовлюється процесами глобалізації та потребами формування позитивних умов для індивідуального розвитку майбутніх лікарів, їх соціалізації та самореалізації у цьому світі.

Приймаючи до уваги вище зазначене, треба констатувати, що в даний час основним принципом роботи сучасного викладача є не тільки цілеспрямований вплив на кожного студента, його особистісні установки, але й оп-



тимізація спільної діяльності колективу. Зазначене диктує необхідність визначення, гармонізації та затвердження нових методик викладання навчальних дисциплін у структурі вищої медичної освіти. Значну допомогу в цьому роблять інноваційні, інформаційні та ігрові технології.

Багато викладачів у наш час шукають різноманітні форми проведення занять, які відрізняються від стандартних. Щодня педагог стикається з різними ситуаціями, в яких він не може бути тільки виконавцем, а в кожному конкретному випадку повинен приймати самостійні рішення, бути творцем навчально-виховного процесу. Серед різних активних методів, які використовуються у педагогічній практиці, виділяються ігрові технології.

На наш погляд, використання у медичній освіті ігрових технологій, а саме ігор-ситуацій, ігор-дискусій, ролевих ігор та ділових ігор, створює умови для формування навчальної діяльності і відпрацювання професійних знань, вмінь та навиків. Використання окремих елементів ігрових методів навчання можливо в усіх видах педагогічної діяльності: лекціях, практичних заняттях, самостійної роботи интерна.

Актуальність обраної теми полягає в тому, що, по-перше, за допомогою ігрових технологій найбільш успішно можуть освоюватися, закріплюватися і вдосконалюватися зміст нової діяльності, по-друге, це емоційна опора особистості, по-третє, як елемент творчого самовираження, прояву самостійності і активності в колективі. Все це в сукупності дає поштовх у самоствердженні і самореалізації майбутнього лікаря-спеціаліста.

Проводячи аналіз характеристик «традиційної» парадигми викладання у системі медичної освіти, ми виявили, що основний акцент – це надання студенту «правильної» інформації, раз і назавжди заданої, на теоретичне, абстрактне, «книжкове» знання, припиняються спроби інтуїтивного мислення, не заохочується дивергентне мислення, пріоритет на аналітичне, формально-логічне, «лівопівкульне» мислення.

Такі методи надання освітніх послуг у сучасному світі не є конкурентно спроможними, а розробка системи удосконалення процесів навчання у ВНЗ медичного профілю визначили проблему дослідження – підвищення якості навчання дисципліни «Психіатрія та наркологія» шляхом теоретичного обґрунтування, розробки та часткової експериментальної перевірки методики навчання, яка ґрунтується на використанні ігрових технологій.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**

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

Захворювання, викликані вірусами гепатиту В (HBV), С (HCV) та імунодефіциту людини (ВІЛ), відносяться до найпоширеніших хронічних інфекцій, якими уражено близько 7–8 % населення світу. Значна частина хворих є коінфікованими двома та більше вірусами одночасно. Так, з 40 млн ВІЛ-інфікованих 4 млн є коінфікованими HBV, 12 млн – HCV [1].

У разі ВІЛ/НСV-коінфекції значно зростає частота формування хронічного гепатиту С (ХГС), що, перш за все, пов'язано з імунодефіцитом. Період напівжиття та вірусне навантаження НCV у ВІЛ/НСV-коінфікованих хворих значно більші, ніж у разі НCV-моноінфекції, що зумовлює уповільнення кліренсу НCV та хронізацію процесу [2]. У ВІЛ/НСV-коінфікованих осіб виявлено залежність між кліренсом НCV та рівнем CD4+Т-лімфоцитів [3,4], прискорення темпів прогресування ХГС та розвитку цирозу печінки (ЦП), підвищення ризику його формування [5]. У середньому термін виникнення ЦП у ВІЛ/НСV-коінфікованих хворих скорочується з 20 до 10 років, тобто вдвічі [1]. Відносний ризик декомпенсації ЦП у ВІЛ/НСV-коінфікованих осіб у 6,2 раза вище, ніж при НCV-моноінфекції, а у 45 % хворих у віці до 40 років виникає гепатоцелюлярна карцинома [5]. Такі самі закономірності спостерігаються й у разі ВІЛ/НВV-коінфекції [6].

Доведено, що взаємодія НВV/НСV та ВІЛ обумовлює посилення вираженості запальних інфільтратів у печінці та індукує фіброгенез. Також наявність коінфекції накладає відбиток на діагностику вірусних гепатитів у ВІЛ-інфікованих осіб внаслідок можливості виникнення атипичних серологічних змін [7].

Таким чином, поєднана інфекція, викликана ВІЛ і НCV, суттєво відрізняється від моноінфекцій, тому визначення її окремим станом є важливим кроком на шляху до вивчення патогенетичних механізмів порушень у пацієнтів з цією патологією. Поглиблене розуміння унікальної патофізіології, характеру взаємовідносин між зазначеними вірусами є вкрай важливим для удосконалення існуючих схем діагностики та лікування.

**Метою дослідження** є аналіз клініко-гематологічних та імунологічних показників у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС.

Найчастіше обстежені хворі, тобто ВІЛ-інфіковані особи, хворі на ХГС, скаржилися на загальну слабкість (92,3 %), зниження працездатності (81,1 %), тяжкість у правому підребер'ї (73,4 %), зниження апетиту (72,7 %). Об'єктивно виявлялися збільшення печінки (99,3 %), її чутливість при пальпації (83,2 %), збільшення лімфатичних вузлів (87,4 %) і селезінки (79,7 %). Крім того, відзначалися субфебрилітет (46,8 %), жовтяниця склер (39,2 %) і шкіри (29,4 %), холурія (27,3 %), нудота (26,6 %), ахолія (23,8 %), свербіж шкіри (21,7 %), біль у суглобах (20,3 %), головний біль (19,6 %), висип (11,9 %). Отже, оцінка клінічної картини у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС, доводить, що в них переважали прояви гепатомегалічного (100 %), астено-вегетативного (92,3 %), диспепсичного (73,4 %) синдромів і лімфаденопатії (87,4 %). Дещо рідше спостерігалися абдомінально-больовий (44,7 %), гарячковий (51 %), жовтяничний (33,6 %) та артралгічний (20,3 %) синдроми.

Дослідження клінічного аналізу крові показало, що у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС, лейкопенія була достовірно вищою порівняно з ВІЛ-інфікованими особами ( $\chi^2 = 29,58$ ;  $p < 0,001$ ) і хворими на ХГС ( $\chi^2 = 22,36$ ;  $p < 0,001$ ). Анемія та тромбоцитопенія були також більш вираженими у коінфікованих хворих порівняно з ВІЛ-інфікованими особами ( $\chi^2 = 34,794$

$p < 0,001$  і  $\chi^2 = 20,96$ ;  $p < 0,001$  відповідно) та хворими на ХГС ( $\chi^2 = 24,22$ ;  $p < 0,001$  і  $\chi^2 = 4,73$ ;  $p < 0,001$  відповідно).

У ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС, встановлено достовірно відхилення від контролю показників клітинної ланки імунітету, а саме: зниження відносної кількості CD4+ ( $p < 0,001$ ) та CD45+ ( $p < 0,001$ ), абсолютної кількості CD4+ ( $p < 0,001$ ) та CD45+ ( $p < 0,001$ ), а також збільшення абсолютної кількості CD3+ ( $p < 0,005$ ). Ступінь дефіциту CD4+ та CD45+ у 3,25 рази перевищує явища компенсації у вигляді збільшення кількості Т-лімфоцитів ( $t = 5,85$ ;  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** У ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС, відзначалося поєднання характерних клінічних проявів, притаманних для ХГС і ВІЛ-інфекції. Так, поряд із типовими для ХГС симптомами спостерігались також ознаки ВІЛ-інфекції. Отже, поєднана інфекція, викликана ВІЛ і HCV, призводить до поглиблення клінічних симптомів та більш тяжкого перебігу хвороби. Віруси діють синергійно та сприяють більш швидкому прогресуванню хвороби з прискореним розвитком термінальної стадії.

Дослідження клінічного аналізу крові свідчить, що у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС, значно частіше порівняно з ВІЛ-інфікованими особами та хворими на ХГС відзначалися гематологічні порушення у вигляді лейкопенії, анемії та тромбоцитопенії.

У ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС, активно включаються обидва механізми загибелі CD4+Т-лімфоцитів. Інфіковані CD4+ гинуть переважно за механізмом некрозу внаслідок цитотоксичної дії вірусних білків, а неінфіковані CD4+ – шляхом апоптозу. Отже, приєднання HCV до ВІЛ-інфекції призводить до пригнічення Т-клітинного імунітету, викликаючи глибокий дефіцит його компенсації.

### Література

1. Soriano V. Management of chronic hepatitis B and C in HIV-coinfected patients / V. Soriano, P. Barreiro, M. Nuner // J. Antimicrob. Chemoter. – 2006. – V. 57. – P. 815–818.
2. Torriani F.J. Chronic hepatitis C in HIV-infected individuals / F.J. Torriani, V. Soriano // AIDS Rev. – 2010. – V. 2. – P. 168–177.
3. Thomas D.L. The natural history of hepatitis C virus infection: host, viral, and environmental factors / D.L. Thomas, J. Astemborski, R.M. Rai et al. // J. Am. Med. Assoc. – 2000. – V. 284. – P. 450–456.
4. Daar E.S. Hepatitis C virus load is associated with human immunodeficiency virus type I disease progression in hemophiliacs / E.S. Daar, H. Lynn, S. Donfield et al. // J. Infect. Dis. – 2001. – V. 183. – P. 589–595.
5. Garcia-Samaniego J. Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients with chronic hepatitis C / J. Garcia-Samaniego, M. Rodriguez, J. Berenguer et al. // Am. J. Gastroenterol. – 2001. – V. 96. – P. 179–183.
6. Thio C.L. Hepatitis B in the human immunodeficiency virus-infected patient: epidemiology, natural history, and treatment / C.L. Thio // Semin. Liver Dis. – 2003. – V. 23. – P. 125–136.

7. Hofer M. Frequent chronic hepatitis B virus infection in HIV-infected patients positive for antibody to hepatitis B core antigen only / M. Hofer, H.I. Joller-Jemelka, P.J. Grob et al. // Swiss HIV Cohort Study. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 1998. – V. 17. – P. 6–13.

## **НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРСЬКИХ ТА НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ**

*Кравчун П.Г., Залюбовська О.І., Шушляпін О.І., Добровольська І.М.,  
Ковальова Ю.О., Сідоров О.П., Ринчак П.І., Крапівко С.О.*

### **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.

### **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 – це здобуття знань, професійних умінь та навичок за кваліфікацією лікаря спеціаліста-терапевта за фахом «внутрішні хвороби».

### **Виклад основного матеріалу**

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

Підготовка кваліфікованих фахівців лікарів-інтернів з 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 тестуються різні клінічні ситуації на основі інноваційного підходу: методу «внутрішньої гри» у навчальному процесі [1–3].

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

Актуальними є оволодіння лікарями навиків по автоматизованому моніторингу, наприклад терапевтичних заходів з невідкладних станів, що є банком даних по діагностиці і засобах 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 [4–6].

Використання сучасних навчальних програм сприяє розширенню кругозору і навичок сучасного лікаря-інтерна терапевтичного профілю. В даний час на кафедрі накопичений певний досвід навчання лікаря-інтерна, 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 в ході занять знань і оволодінню сучасними методами лікування у рамках доказової медицини [7, 8].

Кінцева мета освіти – формування клінічного мислення, що дозволяє лікарєві-інтерну самостійно ухвалювати деколи складні діагностичні і терапевтичні рішення. З цих позицій навчання лікаря-інтерна повинне відбуватися, починаючи з клінічних розборів хворих з складною терапевтичною патологією, супутніми захворюваннями і ускладненнями основного захворювання. Для цього застосовується так званий метод «внутрішньої гри». У навчанні цьому методу 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 поступав від інтерна, не займаючись його «натаскуванням». В цьому випадку вчитель 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. Це повчальна гра, як і всі ігри, мають свої правила, обмеження і свободи, позитивні і негативні рішення і, перш за все, мають свій напрям і мету.

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

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

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

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

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.

### **Висновки і перспективи у даному напрямку**

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

### **Література**

1. Богоявленская Д. Б. К вопросу о дивергентном мышлении / Д. Б. Богоявленская, И. А. Сукоколова // Психологическая наука и образование. – 2006. – С. 85–95.

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

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

4. Грищенко О. В. Повышение контроля эффективности преподавания в системе последипломного образования / О. В. Грищенко, В. В. Бобрицкая, В. П. Ромаева. // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні. – 2003. – С. 83.

5. Деревянко Л. И. Вимоги сьогодення до проблеми післядипломної освіти / Л. И. Деревянко, Л. А. Васильева, Н. В. Півньова. // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні. – 2003. – С. 99–100.

6. Лапшина Л. А. Сучасний погляд на удосконалення післядипломної освіти лікарів-інтернів терапевтичного профілю / Л. А. Лапшина, О. І. Шушляпін, М. І. Кожин. // Матеріали XXXIX навчально-методичної конференції. – 2012. – С. 49–51.

7. Лесовой В. Н. Инновационный подход: метод «внутренней игры» в образовательном процессе. / В. Н. Лесовой, А. Г. Романовский, О.И. Шушляпин. // Сб. науч. работ. – 2006. – С. 12–20.

8. Шушляпин О. И. Медицинское образование в контексте творческих педагого-психологических подходов / О. И. Шушляпин, В. Д. Бабаджан. // Журнал «Мистецтво лікування»,. – 2012. – С. 16–20.

## **ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ТА МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Шушляпин О.І., Шумова Н.В., Титова Г.Ю.,  
Добровольська І.М., Ковальова Ю.О., Риндіна Н.Г.*

### **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.

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

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

### **Формулювання цілей та постановка завдання.**

Як основний напрям 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 [1].

### **Виклад основного матеріалу.**

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічній імунології та алергології в перебігу останніх восьми років з дня її реорганізації (2003 р.) бере участь в підготовці лікарів-терапевтів, магістрів, кандидатів і докторів медичних наук. На базі КЗОЗ «Харківська клінічна лікарня № 27» 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 освоєння практичних навиків по таких її розділах як кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, алергологія, ревматологія і невідкладна терапевтична допомога [7].

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

У теоретичний курс входить аудиторна і внеаудиторна робота. Курс лекцій складається з оглядових лекцій окремих нозологічних форм терапевти-

чної патології, які проводяться в мультимедійному варіанті і їх текст перекладається на DVD-носії, що дає можливість лікарям-інтернам прослуховувати їх, як при аудиторному засвоєнні, так і працювати з лекційним матеріалом у зручний для інтернів час. Внеаудиторна робота включає самостійне вивчення матеріалу по всіх розділах клініки внутрішніх хвороб і їх конспектування в формі рефератів, особливу увагу при цьому приділяючи клінічній фармакології і клініці невідкладних станів [5].

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 у чергуваннях як помічник-лікар.

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

Контроль знань проводиться як спочатку циклу навчання інтернів (базовий рівень знань), так і після закінчення циклу (кінцевий рівень знань) методом комп'ютерного тестування [7]. Окрім цього контроль знань і окремих практичних навиків проводиться на семінарських і практичних заняттях відповідно до їх розкладу [4].

### **Висновки і перспективи у данному напрямку.**

Остаточний контроль знань підготовки лікарів-інтернів терапевтичного профілю по всіх розділах терапії здійснюється на наступних етапах:

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

- виконання практичних навиків (обстеження хворого, установка діагнозу і проведення диференціального 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 купірування невідкладних терапевтичних станів;

- з'ясування питань самостійної підготовки студентів за рішенням тестових завдань «Крок 3», виходячи з тестових завдань, що мають бути у них, на майбутніх іспитах лікарів - інтернів.

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

### **Література**

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

2. Бобров В.О., Жарінов О.Й., Давидова І.В., Шликова Н.О., Мимренко С.М., Зайцева В.І., Долженко М.Д., Потапов С.В. Впровадження різноманітних варіантів навчання на предатестатційних циклах за фахом «Терапія»//



Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: методична учбова конференція присвячена 80-річниці ХМАПО – Харків, 2003. – С. 36–37.

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

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

5. Ехалов В.В., Слива В.И., Станин Д.М., Лященко О.В., Клигуненко Е.Н. Принципы подготовки врачей-интернов разных специальностей по циклу «неотложные состояния» // «Медицина неотложных состояний». – 4 (35). – 2011. – С. 11–12.

6. Кулаєць В.М. Підготовка лікарів-інтернів до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. загальна лікарська підготовка» // Буковинський медичний вісник. – 2015. – Т. 19, № 1 (73). – С. 261–262.

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

## **КЕРІВНИЦТВО РОБОТОЮ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З БОКУ КАФЕДР ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Шушляпін О.І., Кожин М.І., Ломакіна О.В.,  
Риндіна Н.Г., Ковальова Ю.О., Сидоров О.П.*

### **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 умовах найновітнього обладнання на базі 27-ї клінічної лікарні, виховання інтернів-терапевтів на прикладі взаємодій лікарів зі стажем з молодими лікарями-інтернами та допомогою співробітників кафедри в їх навчанні, проведенні сумісних розборів лікарів лікарні та кафедральних співробітників.

### **Аналіз матеріалів публікацій, на які спираються автори**

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

### **Формулювання мети та постановка завдання**

Основними завданнями при навчанні в інтернатурі – це здобуття знань, професійних умінь та навичок за кваліфікацією лікаря спеціаліста-терапевта за фахом «внутрішні хвороби».

На кафедрі розроблені робочі програми по навчанню в інтернатурі у наближенні до праці лікарів з багаторічним лікарським досвідом на базі 27-ї клінічної лікарні з відділеннями терапії, кардіології, неврології з кабінетами гастроентерології, функціональної діагностики, інфарктного відділення з блоком інтенсивної терапії та реанімації, алергологічного відділення і лабораторією з тестуванням алергенів та проведенням алергологічних проб, поліклінічного відділення по обслуговуванню хворих Київського району м. Харкова.

### **Виклад основного матеріалу**

Підготовка кваліфікованих фахівців лікарів-інтернів по терапії вимагає їх всесторонньої 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 літератури, але й характеризуються існуванням широкого доступу до інтерактивних сайтів, де за допомогою віртуальних образів діагностичних систем розбираються різні клінічні ситуації на основі інноваційного підходу: методу «внутрішньої гри» у навчальному процесі [1–3].

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

Актуальними є оволодіння лікарями навичок по автоматизованому моніторингу, наприклад терапевтичних заходів з невідкладних станів, що є банком даних по діагностиці і по 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 лікаря-інтерна, 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 в ході занять знань і оволодінню сучасними методами лікування у рамках доказової медицини [4].

Кінцева мета освіти – формування клінічного мислення, що дозволяє лікареві-інтерну самостійно ухвалювати деколи складні діагностичні і терапевтичні рішення. З цих позицій навчання лікаря-інтерна повинне відбуватися, починаючи з клінічних розборів хворих зі складною терапевтичною патологією, супутніми захворюваннями і ускладненнями основного захворювання. Для цього застосовується так званий метод «внутрішньої гри». У навчанні цьому методу 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 поступав від інтерна, не займаючись його «натаскуванням». В цьому випадку вчитель 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. Це повчальна гра, як і всі ігри, мають свої правила, обмеження і свободи, позитивні і негативні рішення і, перш за все, мають свій напрям і мету [5–7].

Приведемо приклад проведеного клінічного розбору на кафедрі внутрішньої медицини № 2 і клінічній імунології та алергології на базі 27-ї клінічної лікарні (головний лікар – канд. мед. наук, доцент Ломакіна Ольга Василівна).

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

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

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

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 у клініці внутрішніх хвороб.

## **Висновок і перспективи удосконалення навчання інтернів-терапевтів і підготовки магістрантів**

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».

Таким чином, ми маємо на базі 27-ї клінічної лікарні всі належні умови навчання, найновіше обладнання, оснащення новими приладами на рівні міжнародних стандартів, що сприяє як підготовці лікарських кадрів, а в навчанні в магістратурі на основі науково-дослідної роботи є дієвий механізм підготовки науково-педагогічних кадрів.

### **Література**

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

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

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

4. Сучасний погляд на удосконалення післядипломної освіти лікарів-інтернів терапевтичного профілю / Л.А. Лапшина, О.І. Шушляпін, М.І. Кожин [та ін.] // Матеріали XXXIX навчально-методичної конференції «Сучасний стан та перспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті». – Харків, 2012. – С. 49–51.

5. Лесовой В.Н. Инновационный подход: метод «внутренней игры» в образовательном процессе. / В.Н. Лесовой, А.Г. Романовский, О.И. Шушляпин // Сб. науч. тр. «Проблемы и перспективы формирования национальной гуманитарно-технической элиты». – 2006. – Вып. 11 (15). – С. 12–20.

6. Самостійна робота інтернів на клінічних кафедрах з точки зору Болонської Угоди / Г.І.Резніченко, Ю.Г.Резніченко, В.І.Кошля [та інші] // Зб. наук. стат. «Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики». – Запоріжжя: ЗДМУ. – 2007. – Вип. XVIII. – С. 234–236.

7. Шушляпин О.И. Медицинское образование в контексте творческих педагого-психологических подходов / О.И. Шушляпин, В.Д. Бабаджан // Журнал «Мистецтво лікування». – 2012. – № 6. – С.16–0.

## СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ХІРУРГІЇ

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

На сьогодні суспільство потребує значного покращення якості надання медичної допомоги та максимального наближення її до світових стандартів. Інтернатура – остання ланка у підготовці лікаря до самостійної практичної діяльності. На даному етапі розвитку медицини, інтернатура з спеціальності «хірургія» триває 3 роки та складається з двох циклів: очного і заочного. Очний цикл проходить на клінічних базах університету, в свою чергу заочний – в міських та центральних районних лікарнях.

Очний цикл проходить, в основному, на базах інституту невідкладної хірургії (кафедра хірургії № 1), та КЗОЗ ОКЛ «ЦЕМД та МК» (кафедра хірургії № 2). Для якісної підготовки лікарів-інтернів в цих установах створені всі умови для навчання. Заняття проходять у відділеннях «чистої» хірургії, «гнійної» хірургії з торакальними та проктологічними ліжками, а також відділень політравми, серцево-судинної хірургії. Ці бази мають удосконалені центри діагностики та малоінвазивної хірургії. Необхідно зауважити, що практична підготовка – основна спрямованість навчання лікарів-інтернів.

Але існує ряд недоліків, які вносять негативний вклад в процес підготовки майбутніх лікарів-хірургів. По-перше, одним з них є те, що на одного викладача припадає значна кількість інтернів, що не дає змоги викладачу приділяти більшу увагу кожному з них. По-друге, лікарі-інтерни не мають юридичної можливості щодо проведення самостійних маніпуляцій та оперативних втручань, так як вони не мають сертифікату хірурга. У зв'язку з тим, що ліцензійний іспит «Крок 3» здається на першому році інтернатури, у викладачів є можливість по закінченню другого року навчання в інтернатурі, провести підсумкову атестацію з присвоєнням сертифікату хірурга, а під час третього року навчання створити групи по 1–2 лікарі, які б самі проводили оперативні втручання під контролем досвідчених лікарів. Необхідно зауважити, що очний цикл має на меті значною мірою вдосконалення саме практичних навичок, а тому хірургічним кафедрам необхідно прагнути більш тісної інтеграції в засвоєнні та відпрацюванні практичних навичок між очним та заочним циклами.

Пропозиції з удосконалення підготовки інтернів з хірургії зводяться до наступного:

– заохочувати участь лікарів-інтернів в науково-дослідній роботі кафедри під час навчання на очному циклі з метою поглиблення їх знань та можливості для подальшого навчання в клінічній ординатурі, аспірантурі та ін.;

– проводити клінічні розбори діагностично складних хворих та забезпечення можливості особистого внеску кожного лікаря-інтерна в лікування таких пацієнтів;

– очні та заочні цикли з підготовки лікарів-інтернів хірургів проводити тільки на базах, де є можливість в повному об'ємі згідно з вимогами підго-

товки лікаря хірурга (кафедра хірургії № 1 та хірургії № 2 ХНМУ), надати на високому рівні практичні та теоретичні навички;

– після другого року навчання проводити екзамен з видачею сертифікату хірурга;

– у розкладах занять планувати до 40 % роботи у комп'ютерному центрі, відділеннях малоінвазивної хірургії, відділеннях ендоскопії.

– створити обов'язковий мінімум самостійних оперативних втручань та маніпуляцій, без виконання яких лікар-інтерн не може бути допущеним до підсумкової атестації

– підчас третього року навчання створити групи по 1–2 лікарі-інтерни, які б самі проводили оперативні втручання під контролем досвідчених лікарів.

– для лікарів-інтернів, що займаються науково-дослідницькою роботою виділяти 1–2 ліжка у відділенні де вони змогли б проводити лікування та обстеження тематичних хворих під контролем професора або доцента.

### **Література**

1. Гуревич Р. С. Інформаційно-комунікаційні технології в навчальному процесі і наукових дослідженнях // Р. С. Гуревич, М. Ю. Кадемія. – К. : Освіта України, 2007. – 396 с.

2. Поляченко Ю В. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін.. – К.: Книга плюс. – 2005. – С. 78–102.

3. Волосовець О.П. Стратегія євро інтеграційного формування вищої медичної освіти в Україні/ О.П. Волосовець //Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 2. – С. 5–12.

4. Видоборонець С.В., Литвинчук 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.

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

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

Якісна медична допомога населенню – провідне завдання медицини на сучасному етапі, одним із напрямків якого є підвищення рівня практичної та теоретичної підготовки лікарів інтернів, які вчаться оволодівати основами самостійної лікарської діяльності. Протягом циклу на кафедрі дитячих інфекційних хвороб значна увага приділяється як теоретичним, так і практичним напрямкам діяльності майбутніх спеціалістів. Особлива увага приділяється використанню в процесі навчання інтернів лекційного матеріалу, де викладаються сучасні напрямки розвитку інфекційної патології серед дітей, практичним заняттям, клініко-анатомічним конференціям, а також семінарам, де розглядаються новітні досягнення в медицині, та нові можливості лабораторно-інструментальної діагностики, спеціальних імунологічних обстежень та

розробка на цій основі сучасних програм лікування дітей хворих на інфекційні захворювання. Важливим доповненням до практичної діяльності є підготовка лікарів-інтернів до самостійного оволодіння матеріалом, що реалізується через написання тематичних рефератів та підготовку доповідей. Також увага приділяється основам диференційної діагностики, що забезпечить здатність інтернів належним чином формулювати заключний діагноз та призначати адекватне лікування, скласти програму реабілітаційних заходів.

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

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

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

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

## **ЗНАЧЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК З ОСНОВ ХАРЧУВАННЯ ЗДОРОВОЇ ТА ХВОРОЇ ЛЮДИНИ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ**

*Лазаренко К.П., Чеховська І.М., Білера Н.В.*

Здоров'я – найбільша цінність людського життя. Від стану здоров'я залежить все те, що робить наше життя повноцінним і щасливим: якість життя, її тривалість, фізична активність, і т. д. Існує цілком обґрунтоване наукове думка, що при раціональному харчуванні тривалість людського життя може досягати 120–150 років. Їжа забезпечує організм енергією, необхідною для пересування і трудової діяльності, служить джерелом «пластичних» речовин, білків, жирів і вуглеводів, а також вітамінів і мінеральних солей, завдяки яким відбувається оновлення клітин і тканин. Вироблення гормонів, ферментів й інших регуляторів обмінних процесів в організмі також відбувається

завдяки харчовим продуктам. Від характеру і повноцінності харчування залежить обмін речовин в організмі, функціонування органів і систем, тканин і клітин. При правильному харчуванні забезпечується постійність внутрішнього середовища організму людини, що є запорукою здоров'я, фізичної активності та довголіття. Забезпечується повноцінне функціонування імунної системи, підвищується опірність організму, його можливість протистояти хворобам. Для підтримки нормального перебігу енергетичних, пластичних і каталітичних процесів харчування повинно бути повноцінним.

Харчування здорової людини має відповідати його фізіологічним потребам в залежності від статі, регіону проживання, характеру праці та інших факторів. Їжа повинна бути різноманітна. У раціон харчування повинні входити всі групи продуктів, необхідні для поповнення енергетичних витрат і функціонування всіх органів і систем організму.

Неправильне харчування призводить до порушення процесів обміну речовин в організмі, ослаблення імунітету, виникнення хронічних захворювань, передчасного старіння. Надмірне харчування є частою причиною захворювань органів кровообігу, ожиріння, атеросклерозу, цукрового діабету, подагри, поліостеохондрозу. Недолік харчування внаслідок білкової недостатності їжі викликає важкі захворювання у дітей: уповільнення зростання, розумового розвитку, формування кісток, виникнення змін в підшлунковій залозі і печінці. Для кращого засвоєння їжа повинна піддаватися певній кулінарній обробці, при якій повинна бути збережена її поживна цінність. Важливу роль в правильному харчуванні грає культура споживання їжі, її кількість, якість, естетика приготування страв, що покращує апетит і процеси травлення. Крім кількості і якості їжі, істотне значення має режим харчування – час прийому їжі, проміжки між її прийомами, розподіл протягом дня.

Через погіршення екологічної ситуації якість продуктів харчування і питної води значно погіршилося. Як відомо, вода - основна складова людського організму. Всі процеси життєдіяльності організму відбуваються за участю води, тому її якість впливає на здоров'я. Воду для пиття і приготування їжі потрібно застосовувати тільки очищену, особливо в промислових регіонах.

Використання при виробництві продуктів харчування генетично модифікованих продуктів рослинництва і тваринництва становить загрозу для здоров'я нинішнього і майбутнього поколінь. Їх випробування проводилися не в повному обсязі і були недостатньо тривалими за термінами для винесення остаточного висновку, так як вплив ГМП може проявитися через кілька поколінь.

Саме тому, досягнення розуміння лікарями-інтернами значення теорій харчування в системі первинної та вторинної профілактики захворювань та їх відображення в раціональному, лікувальному, дієтичному, лікувально-профілактичному харчуванні у відповідності до Конституції України та Закону про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення України є пріоритетним напрямком підготовки майбутніх лікарів на кафедрі гігієни та екології № 2 Харківського національного медичного університету.



На сьогоднішній час питання харчування здорової і хворої людини в медичній практиці лікаря вважається актуальним у зв'язку із зростанням аліментарно-обумовлених станів, необхідністю адекватного використання аліментарних чинників терапії та профілактики сучасних гострих та хронічних захворювань, підвищення вимог до організації харчування. Окремими питаннями, однак не менш значущими, слід вважати визначення питань безпеки харчових продуктів, основ харчування у екологічно несприятливих умовах, питань профілактики харчових отруєнь.

В умовах перманентного реформування системи охорони здоров'я України постійно виникає дисбаланс між необхідністю та можливістю реалізації напрямків організації роботи всіх структурних підрозділів ЛПЗ. Одним із потенційно небезпечних структурних підрозділів з точки зору впливу на здоров'я хворого є дієтологічна служба ЛПЗ. Ці ризики обумовлені не тільки невідповідністю призначення дієтичного та лікувального харчування діагнозу хворого, але і досить великою вірогідністю виникнення харчових отруєнь у зв'язку з фатальними порушеннями організації роботи дієтологічної служби та, як кінцевий результат, якості виготовлених страв. У зв'язку з цим необхідно в концептуальній формі в умовах семінару проаналізувати штати, обов'язки, технології вирішення проблемних питань профілактики можливих харчових отруєнь та ускладнень перебігу хронічної патології в умовах стаціонару у відповідності до старих нормативних документів.

Вищезазначене обумовлює сучасну актуальність для лікарів практичної ланки охорони здоров'я вивчення питань, які висвітлюються у програмі підготовки майбутніх лікарів з основ харчування здорової та хворої людини.

У зв'язку з цим на кафедрі гігієни та екології № 2 розроблені наукові розробки які висвітлюють оцінку та рекомендації щодо організації харчування в лікувально-профілактичних закладах, інтернатах, на великих підприємствах, у школах та дитячих садках і т. ін.

Таким чином, враховуючи особливу актуальність зв'язку харчування з виникненням захворювань, стає необхідність введення курсу з основ харчування здорової та хворої людини для лікарів-інтернів терапевтичного профілю на кафедрі гігієни та екології № 2. На кафедрі розроблено велику кількість методичних розробок з даного питання, однак вони використовуються лише для проведення циклу тематичного удосконалення «Вибрані питання харчування здорової і хворої людини в медичній практиці лікаря».

Тому, у разі проведення даного курсу на кафедрі гігієни та екології № 2, в результаті теоретичного і практичного навчання майбутні лікарі ознайомляться з останніми даними стосовно теорій харчування, та нормативно-технічними документами питань організації роботи дієтологічної служби різних організованих контингентів (лікувально-профілактичних закладів, інтернатів, домів престарілих, дитячих дошкільних і шкільних установ і т. ін.), з сучасними медичними технологіями стосовно аліментарної профілактики несприятливих факторів сучасного навколишнього середовища (ксенобіотики,

радіація, ядохімікати), а також поглиблюють знання з основних напрямків профілактики масових харчових отруєнь.

### **Література**

1. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення». № 4004-12, від 12.06.2011 р.
2. Закон України «Про безпечність та якість харчових продуктів» № 771/97-ВР від 23.12.1997 р.
3. Петровский К. С., Ванханен В. Д. Гигиена питания. – М.: Медицина, 1981. – 528 с.
4. Гігієна харчування з основами нутріціології / В. І. Ципріян та ін. Навч. Посібник. – К.: Здоров'я, 1999. – 568 с.
5. Гігієна харчування з основами нутріціології: підручник; у 2 кн. – Кн. 1 / Т. І. Аністратенко, Т. М. Білко, О. В. Благо дарова та ін.; За ред. проф. В. І. Ципріяна. – К.: Медицина, 2007. – 528 с.
6. Гігієна харчування з основами нутріціології: Підручник; У 2 кн. – Кн. 2 / В. І. Ципріян, І. Т. Матасар, В. І. Слобод кін та ін.; За ред. проф. В. І. Ципріяна. – К.: Медицина, 2007. – 544 с.

## **ПРОБЛЕМНІ ЛЕКЦІЇ ЯК ІНТЕРАКТИВНИЙ МЕТОД НАВЧАННЯ**

*Латишина К.А., Шевченко А.С., Циганок Ю.С., Латишин Д.В.*

У сучасному інформаційному світі невід'ємною частиною життя людей є високі технології, які забезпечили небувалий рівень доступності звичайної людини до джерел інформації і знань, накопичених людством за багато століть. Актуальність нетрадиційних методів навчання зростає в зв'язку з надлишком інформації та неможливістю її самостійного осмислення в повній мірі. На даний момент, традиційна підготовка фахівців, яка орієнтується на формування знань, навичок і умінь у предметній області, все більше відстає від сучасних вимог. Основою сучасної освіти повинні бути не стільки навчальні дисципліни, скільки способи мислення і діяльності студентів. Завданням будь-якого вищого закладу є не тільки випуск фахівців, які отримують підготовку високого рівня, але і включення студентів в процесі навчання в розробку принципово нових технологій, їх адаптація до реальних умов виробничого середовища. При цьому, в процесі навчання, важливо розвивати у студентів такі здібності, як: творча активність, креативне мислення, вміння оцінювати, раціоналізувати, швидко адаптуватися до мінливих потреб ринку [1].

Придбання таких навичок багато в чому залежить від змісту і методики навчання майбутніх фахівців. Тому впровадження інтерактивних методів навчання є найкращим. Інтерактивне навчання – це, в першу чергу, діалогове навчання, в процесі якого відбувається як взаємодія між студентом і викладачем, так і між самими студентами. При таких умовах навчання відбувається формування рівня усвідомленої компетентності студента, відбувається стимуляція самостійного пошуку студентами шляхів і варіантів вирішення

поставленого завдання, а також обґрунтування прийнятого рішення і пробудження інтересу у студентів до дисципліни і самоосвіти. Важливими складовими також є формування в учнів власної думки і вміння відстоювати свої позиції, соціальних і професійних навичок [3].

Традиційна вузівська лекція має ряд недоліків, до яких відносять: пасивне сприйняття чужої думки; гальмування самостійного мислення та ін. В зв'язку з цим актуальність дослідження застосування нетрадиційних методів навчання, зокрема проблемної лекції, очевидна. [2]

Для усунення ряду недоліків традиційних лекцій існує досвід застосування нетрадиційних видів навчання, наприклад читання проблемних лекцій, лекцій-провокацій, лекцій-конференцій, лекцій-консультацій та ін. Так, студенти європейських вузів проблемну лекцію вважають найбільш значущою. Відзначимо, що всі вони призводять до зміни ролі і функції викладача. Наприклад, під час проблемної лекції викладач пропонує студентам проаналізувати ситуацію і здійснити пошук шляхів знаходження проблеми. Проблемна лекція спирається на логіку послідовно модельованих ситуацій шляхом постановки проблемних питань або пред'явлення проблемних завдань, що вимагають активної пізнавальної діяльності для їх правильної оцінки і, зазвичай, починається з питань і постановки проблеми, яку в ході викладу матеріалу необхідно вирішити. Проблемні питання вимагають неоднотипних рішень, так як готової схеми для їх вирішення в минулому досвіді студентів немає, отже, для відповіді на них потрібен ряд міркувань, коли для неproblemних питань вже існує правило, яке необхідно знати. Що стосується змісту, то на відміну від змісту традиційної лекції, в якій інформація подається викладачем у вигляді відомого матеріалу, на проблемній лекції нове знання вводиться як невідоме для студентів. Відповідно, отримана інформація засвоюється як особисте відкриття ще невідомого для себе знання, що дозволяє створити у студентів ілюзію «відкриття» вже відомого в науці [4].

Важливо, що навчальна проблема ставиться викладачем до лекції і повинна розгортатися на лекції в живій мові викладача, так як проблемна лекція передбачає діалогічний виклад матеріалу. Принцип проблемності включає в себе дві обов'язкові умови – розробку пізнавальних завдань, побудова лекції як діалогу викладача зі студентами.

Діалогічне спілкування – необхідна умова для розвитку мислення студентів, оскільки за способом свого виникнення мислення є діалогічним. Під час діалогічного спілкування студенти разом з викладачем ставлять питання і відповідають на них або фіксують питання для подальшого вияснення в ході самостійних завдань, індивідуальної консультації з викладачем або ж обговорення з іншими студентами, а також на семінарі. У зв'язку з тим, що здатність до самостійного мислення формується у студентів в активній участі різних форм живого спілкування, лекції проблемного характеру необхідно доповнювати семінарськими заняттями, які формуються у вигляді дискусії і є діалогічними формами самостійної спільної роботи учнів [2].

Отже, проблемні лекції повинні забезпечити творче засвоєння принципів і закономірностей досліджуваної науки, активізувати навчально-пізнавальну діяльність студентів, їх самостійну роботу, засвоєння знань і застосування їх на практиці. На лекції проблемного характеру студенти знаходяться в постійному процесі «взаємного мислення» з викладачем і в кінцевому підсумку стають співавторами у вирішенні проблемних завдань.

Головною відмінною рисою інтерактивних методів в освіті є те, що навчаються проявляють ініціативу в навчальному процесі, яку стимулює педагог з позиції партнера-помічника. Процес і результат отримання знань набуває особисту значимість для кожного студента, що дозволяє розвинути здібності самостійного вирішення проблеми. Для ведення інноваційних технологій у викладанні, в першу чергу, необхідно змінити застояні стереотипи і звички проведення лекцій у самих викладачів, чого не сприяють пасивні методи [4].

Також, необхідно переорієнтувати традиційний підхід отримання знань на роботу зі студентами, що дозволяє їх активно залучати до самостійного мислення, розвитку розумових здібностей, умінню аналізувати, робити висновки. Для успішного впровадження ефективних форм навчання, викладачеві необхідно мати комплексною набором навичок і знань, заснованих на використанні сучасних інноваційних методів роботи зі студентами.

### **Література**

1. Журбенко В. А., Саакян Э. С. Инновационные методы обучения в высшем образовании // Материалы второй всероссийской научно-практической конференции: Инновации в образовании и медицине.- Махачкала. – 2015. – С. 48.
2. Оганесян Н. Т. Педагогическая психология. Система разноуровневых контрольных заданий: учебное пособие. – М., 2006.
3. Берберян А. С. Использование технологий личностно-центрированного обучения в процессе аудиторной работы в вузе. Четвёртая годовичная научная конференция (30 ноября–4 декабря 2009г.). Сборник научных статей: в 2 частях. – Часть 2. Ереван, Изд-во РАУ, 2010. – С. 546–556.
4. Осмоловская И.М. Инновации и педагогическая практика// Народное образование. – 2010. – № 6. – С. 182–188.

## **ДОСВІД УДОСКОНАЛЕННЯ НАВИЧОК ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИТЯЧОГО ВІКУ ПРИ НАВЧАННІ В ІНТЕРНАТУРІ З ПЕДІАТРІЇ**

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

Функція лікування хворих є одним із найбільш важливих розділів діяльності лікаря-практика, яку неможливо відокремити від знання питань клінічної фармакології. Предмет «Фармакологія» студенти медичних вищих навчальних закладів вивчають на 3-му курсі, коли в них ще відсутній клінічний досвід, тому мотивація до вивчення цього предмета досить низька. Мо-

тивація до засвоєння знань з питань клінічної фармакології та фармакотерапії з'являється у студентів після їх приходу до клініки, де вони починають вивчати захворювання дитячого віку. Удосконалення знань з питань клінічної фармакології дитячого віку повинно здійснюватись при продовженні їх навчання в інтернатурі. У теж час програма навчання в інтернатурі з педіатрії цього не передбачає [1].

З цією метою, при навчанні лікарів-інтернів на кафедрах педіатрії під час очних циклів інтернатури, передбачено проведення семінарів з питань фармакотерапії при захворюваннях дитячого віку. Кафедрами розроблена тематика семінарів, які присвячені різним групам лікарських препаратів, що частіше за усе застосовуються у практиці лікаря-педіатра. Розглядаються питання про особливості застосування антибіотиків та інших антибактеріальних засобів, протизапальних препаратів, бронхолітичних засобів, сечогінних, цитостатиків, серцевих глікозидів та ін.

При вивченні теми з питань фармакотерапії антибіотиками та іншими антибактеріальними засобами велика увага приділяється розбору питань про показання до призначення тих чи інших груп препаратів, механізму їх дії, побічних ефектах, взаємодії з іншими антибактеріальними препаратами, комбінуванню антибіотиків та дозуванню їх. Під час семінару загострюємо увагу на питанні про основні принципи раціональної антибактеріальної терапії у дітей. Розгляд матеріалів супроводжується розбором клінічного випадку, при якому необхідно застосовувати антибактеріальні засоби.

Особливості використання протизапальних засобів в клінічній практиці нами розглядаються у хворих з різними запальними захворюваннями. При розборі цієї теми особливу увагу приділяємо питанню механізму дії різних груп протизапальних засобів, їх фармакокінетиці, негативному впливу на органи травлення та іншим побічним ефектам.

Слід сказати, що бронхолітичним та відхаркувальним засобам належить важлива роль в лікуванні захворювань дитячого віку, тому що вони досить часто застосовуються при патології органів дихання у дітей. Під час занять з цієї теми звичайно проводиться розбір клінічних випадків, при яких застосовуються бронхолітичні та відхаркувальні засоби, зокрема, у хворих на гострі запальні захворювання органів дихання, респіраторні алергози (бронхіальну астму). Особливості застосування препаратів даних груп при захворюваннях органів дихання дітей раннього віку заслуговують на особливу увагу, у зв'язку з віковими анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання. Тому досить докладно при вивченні теми ми розглядаємо проблему фармакокінетики бронхолітиків різних груп та особливості їхнього застосування у віковому аспекті.

Використання препаратів, які здійснюють вплив на функціональні можливості серця, займає важливе місце в лікуванні захворювань серцево-судинної системи, особливо, при розвитку у хворих проявів серцевої недостатності. Як відомо, провідна роль в лікуванні серцевої недостатності належить серцевим глікозидам. Використання серцевих глікозидів – одне з най-

більш складних питань педіатричної клінічної фармакології, оскільки усі вони мають не схожу ні на які з препаратів фармакодинаміку, та при їхньому застосуванні часто спостерігаються побічні ефекти, які потребують у цих випадках надання хворим невідкладної допомоги та корекції терапії, що проводиться. Тому на заняттях ми особливу увагу приділяємо розрахунку доз серцевих глікозидів та тактиці терапії серцевої недостатності у випадках розвитку у хворих негативних побічних ефектів від їх застосування.

Враховуючі наявність у клініці гематологічного відділення, в якому проходять лікування хворі лімфопроліферативними захворюваннями, де їм проводиться поліхіміотерапія цитостатичними препаратами, досить цікавою є тема присвячена застосуванню цитостатиків при пухлинах системи крові, зокрема, при лейкоміях. Інтерни вивчають сучасні схеми хіміотерапії (схеми за програмами ВФМ), які застосовуються при різних варіантах лейкомії. Практичні знання з використання цитостатичних препаратів підкріплюються знаннями про механізми дії цих засобів (протипухлинних антибіотиків, антиметаболітів, ферментів-цитостатиків та ін.). В результаті вивчення механізмів дії цитостатичних препаратів, лікарі-інтерни розуміють необхідність довгострокового застосування поліхіміотерапії, необхідність та важливість проведення при цьому виді лікування супроводжувальної терапії, що спрямована на профілактику ускладнень хіміотерапії та боротьбу з ними. Адже саме від успіху супроводжувального лікування при проведенні протипухлинної поліхіміотерапії залежить багато в чому її результативність та вихід хвороби у даного конкретного хворого.

Таким чином, досвід проведення занять з лікарями-інтернами з питань фармакотерапії захворювань дитячого віку заслуговує, на нашу думку, «право громадянства» при навчанні в інтернатурі з педіатрії. Вважаємо за необхідне внесення цих питань в програму спеціалізації-інтернатури зі спеціальності «Педіатрія», тому що від їх знання безпосередньо залежить кваліфікація лікаря-спеціаліста.

### **Література**

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

## **ОКРЕМІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ GERONTOLOGII СИМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ**

*Малик Н.В.*

У нашій країні в загальній структурі населення більшу частину займають люди похилого та старечого віку. Цей процес впливає на все життя суспільства – економіку та політику, соціальну сферу та охорону здоров'я, відображається на таких характеристиках, як захворюваність, інвалідність, смертність, на потребах в різних видах медичної та соціальної допомоги, структурній організації цієї допомоги, акцентах в підготовці медичних кадрів.

Однією з найбільш значущих характеристик здоров'я (а точніше – нездоров'я) людей похилого віку є зростання з віком патологічної ураженості організму та зменшення фізичних можливостей. Захворювання набувають хронічний характер з частими загостреннями та ускладненнями, атиповим перебігом та тривалим періодом видуження, тому велике значення при викладанні сімейної медицини лікарям-інтернам приділяється веденню пацієнтів похилого віку.

Провідними видами патології у людей похилого віку є хвороби системи кровообігу (ішемічна хвороба серця, атеросклероз мозкових судин, гіпертонічна хвороба), нервової системи та органів чуття (інсульт, очні хвороби), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (деформуючий артроз, остеопороз), органів травлення (гастрит, холецистит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки) та органів дихання.

Стан здоров'я людей похилого віку є ведучим чинником у формуванні потреб в різних видах медичної та соціально-битової допомоги. В медичному обслуговуванні цієї категорії населення пріоритетне місце займає амбулаторна допомога, а саме, ведення цих пацієнтів сімейним лікарем. Причому із зростанням віку потреба в медичній допомозі зростає, кількість звертань у поліклініку зменшується. Люди похилого віку, особливо старше 70 років, відвідують лікаря дуже рідко. Головна причина – зниження фізичних можливостей поряд з віддаленим розташуванням медичних закладів, а також негативний вплив на доступність медичної допомоги соціально-економічних факторів. Нажаль, безкоштовне проведення таких необхідних діагностичних процедур, як ультразвукове дослідження, рентгеноскопія, лабораторна діагностика, стає малодоступним для малозабезпечених шарів населення.

У зв'язку з цим основними напрямками роботи сімейного лікаря для покращення медичного обслуговування пацієнтів похилого віку в амбулаторних умовах є диспансеризація, реабілітація та оздоровлення.

Головна організаційна форма загальної диспансеризації населення похилого віку – кожнорічне проведення в поліклінічних відділеннях лікувально-профілактичних закладів медичного огляду пенсіонерів з метою своєчасного лікування, профілактики хронічних захворювань та виявлення осіб, які потребують медико-соціальної допомоги.

На відміну від інших спеціальних медичних дисциплін сімейна медицина передбачає тривалий нагляд за пацієнтом, більшу участь в прийнятті рішення про лікування і реабілітацію.

Особливим розділом роботи сімейного лікаря є проблеми довготривалого обслуговування: хронічні хвороби, хвороби літніх людей, інвалідність, небезпечні для життя хвороби, стійкі функціональні порушення, лікування хворих на тяжкі психічні захворювання, організація лікування та нагляду за вмираючими.

Серед заходів, що спрямовані на профілактику інвалідизації людей похилого віку, одним з головних та економічно обґрунтованих є реабілітація. У зв'язку із старінням населення країни на фоні зниження загальних показ-

ників здоров'я амбулаторно-поліклінічні заклади повинні орієнтуватися на організацію реабілітаційних відділень з геріатричним напрямком.

Великий відсоток людей похилого віку віддіють перевагу саме комплексному відновному лікуванню в умовах реабілітаційних відділень поліклініки. Однак, організаційні форми, що існують, склад та нормативна забезпеченість даної служби не відповідають сучасній демографічній ситуації та потребам населення, що зростають. Тому частіш за все цей вид медичної допомоги повинен забезпечити пацієнту сімейний лікар.

При викладанні різноманітних питань сімейної медицини лікарям-інтернам необхідно акцентувати увагу на те, що організація адекватної медико-соціальної допомоги на дому населенню похилого віку – одна з самих гострих проблем охорони здоров'я та соціальної сфери. Потреба в такій допомозі обумовлена зниженням з віком фізичних можливостей, здатності до самообслуговування, зростанням числа самотніх пацієнтів. Люди похилого віку частіш, ніж інші, викликають додому сімейного лікаря та карету невідкладної допомоги.

Високий рівень звертання осіб похилого віку за меддопомогою на дому пов'язаний з відсутністю системності у геріатричному обслуговуванні, профілактичній реабілітаційній спрямованості лікування, з недоліком в організації соціально-побутової та психологічної підтримки з боку соціальних структур та волонтерських організацій, тому саме сімейні лікарі спостерігають таких пацієнтів в домашніх умовах.

Фінансові труднощі з матеріально-технічним забезпеченням медичних закладів, безкоштовною діагностичною допомогою, яка надається, стаціонарним лікуванням та іншими видами спеціалізованої допомоги мають місце практично у всіх регіонах нашої країни. Відмічається слабка взаємодія медичних та соціальних служб, недостатня геріатрична підготовка медичного персонала, особливо середнього ланцюга. В роботі більшості медичних та соціальних структур відсутня профілактична та реабілітаційна спрямованість.

Постійно зростаюче число осіб похилого віку ставить перед сімейним лікарем важливі задачі, які на жаль, погано у нас вирішуються. Сімейний лікар повинен відноситись до пацієнта похилого віку як до особистості із своїм минулим, теперішнім та майбутнім, з його падіннями, незбутніми мріями. Контакт сімейного лікаря з таким пацієнтом покращиться при глибокому порозумінні лікарем психологічних та патофізіологічних аспектів його стану.

Таким чином, рівень геріатричної допомоги населенню та її фінансова підтримка – це відображення ступеня відповідальності суспільства за здоров'я людей похилого віку, додаткова гарантія їх конституційних прав та забезпечення активного довголіття.



## Література

1. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психосоциальные проблемы семейной медицины / Ю.М.Губачев, В.В.Макиенко // Библиотека семейного врача. – СПб., 2000. – Кн.4. – 49с.
2. Москаленко В.Ф. Організаційні основи сімейної медицини / В.Ф. Москаленко, О.М.Гіріна. – К., 2007. Т.1.
3. Поліклінічна справа з основами сімейної медицини: навч. посібник / Л.М. Пасієшвілі, Л.М. Бобро та ін.; за ред.проф. Л.М. Пасієшвіль та проф. В.Г. Карпенка. – Харків. – 2009. – ч.1. – 406 с.
4. 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.

## ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНА ДІАГНОСТИКА СЕПСИСУ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

*Марковський В.Д., Яковцова А.Ф., Наумова О.В., Борзенкова І.В.*

В даний час сепсис залишається однією з найактуальніших проблем сучасної медицини в силу неухильної тенденції до зростання захворюваності і стабільно високої летальності. По мірі вивчення механізмів антиінфекційного захисту та накопичення нових даних про взаємодію інфекта і макроорганізму, поступово трансформувалося розуміння суті цього патологічного процесу: від провідної і єдиної ролі інфекційного початку до визнання головного значення реактивності організму людини. Велике значення в цьому відношенні мали фундаментальні роботи І.В. Давидовського, А.П. Авцина, А.І. Струкова, М.І. Кузіна і багатьох інших. Більш того, сучасний рівень розвитку генетики та молекулярної біології визначив важливу роль генетичної детермінації у розвитку сепсису. На сьогодні є всі підстави стверджувати, що в основі сепсису лежить формування реакції генералізованого запалення, ініційованого інфекційним агентом. Неконтрольований викид ендогенних медіаторів запалення і недостатність механізмів, що обмежують їх шкідливу дію, є причинами органно-системних розладів. Тому розгляд сепсису у вигляді системної реакції на інфекційний вогнище точно відображає суть змін, що відбуваються. Розвиток віддалених піємічних вогнищ – лише один з клінічних варіантів перебігу сепсису, який визначається характером мікрофлори і особливості організму хворого.

Необхідно орієнтувати лікаря-інтерна на те, що перед патологоанатомічним дослідженням померлого від сепсису обов'язковий детальний аналіз історії хвороби, краще спільно з лікарями, які брали участь в спостереженні і лікуванні хворого на всіх етапах. При цьому аналізується наявність органної та поліорганної дисфункції і недостатності за допомогою об'єктивних клініко-лабораторних систем-шкал оцінки тяжкості стану хворих і ступеня поліорганної дисфункції/недостатності. Особлива увага звертається на результати бактеріологічного дослідження і проведену антибактеріальну тера-

пю, ці дані використовуються при написанні клініко-патологоанатомічного епікризу.

Картина патологоанатомічних змін, що розвивається при сепсисі, як правило, досить характерна і в більшості випадків дозволяє поставити діагноз на підставі макроскопічних даних – наявності первинного септичного вогнища, вторинних септичних вогнищ і характерних змін селезінки. Однак необхідно звертати увагу майбутнього патологоанатома на те, що в умовах застосування масивної антибіотикотерапії клініко-морфологічна картина сепсису значно змінюється. Зокрема, не завжди вдається виявити первинне септичне вогнище, що дозволяє говорити про криптогенний сепсис. Більш того, при клінічному діагнозі сепсису відсутність макроскопічних його ознак не є достатньою підставою для заперечення даного діагнозу без результатів бактеріологічного та гістологічного досліджень. У зв'язку з цим для гістологічного дослідження необхідно взяти тканину з первинним і вторинними септичними вогнищами, головного мозку, гіпофіза, легенів, серця, печінки, нирок, селезінки, надниркових залоз, лімфовузлів, тимусу, підшлункової та щитовидної залоз. При підозрі на внутрішньоутробний сепсис необхідно досліджувати плаценту, пуповину, оболонки.

При оформленні патолого-анатомічного діагнозу і медичного свідоцтва про смерть лікар-патологоанатом повинен керуватися принципами міждисциплінарного взаєморозуміння клініцистів і патологоанатомів, заснованими на чіткої нозологічної ідентифікації сепсису з неодмінним використанням шифрів МКХ-10 перегляду: сепсис як ускладнення місцевих запальних процесів, хірургічних втручань, травм; сепсис як первісна (основна) причина смерті; сепсис як прояв (варіант перебігу) інфекційного захворювання; сепсис як ускладнення інфекційних захворювань.

При звірянні діагнозів клінічні діагнози «септичний процес», «септичний стан», «сепсис?» вважаються невизначеними і не повинні прийматися до уваги. В даний час в більшості спостережень сепсис ускладнює перебіг різних захворювань. У зв'язку з цим в патологоанатомічному (і клінічному теж) діагнозі і медичному свідоцтві про смерть він розглядається як ускладнення захворювань і станів: ускладнення місцевих гнійних процесів; ускладнення травм; рановий сепсис; ускладнення, що розвинулося протягом 28 днів післяопераційного періоду; ускладнення гнійного тромбофлебіту; «шунт-сепсис»; ускладнення імунодефіцитних станів; ускладнення, що розвинулося в термінальному періоді захворювань з важким перебігом.

Набагато рідше сепсис діагностується як первинна причина смерті – самостійна нозологічна одиниця (основне захворювання): криптогенний сепсис; сепсис при незначній поверхневої травми; сепсис під час пологів; післяродовий сепсис; постабортний сепсис; пупковий сепсис; сепсис новонароджених; сепсис, пов'язаний з інфузією, трансфузією, імунізацією, лікувальною ін'єкцією; інфекційний (бактеріальний, септичний) ендокардит.

Багато обговорень викликає відсутність в МКБ-10 такої одиниці, як септикопемія. Іноді навіть виникає питання про те, наскільки відповідає ви-

користовувана в секційній практиці клініко-анатомічна класифікація сепсису, що передбачає підрозділ сепсису на септицемію і септикопіємію, сучасним і, можливо, більш досконалим ідеям, які виникли в кінці ХХ століття. Дана клініко-анатомічна класифікація деталізує патологоанатомічну картину сепсису, яка спостерігається при летальних випадках, тобто патологічну анатомію т.зв. важкого сепсису, який проявляється в двох варіантах: септицемії і септикопіємії з можливим розвитком септичного шоку і поліорганної недостатності.

Перманентно обговорюється питання про віднесення не діагностованого в клініці і виявленого тільки на розтині сепсису-ускладнення до першопочаткової причини смерті. Міжнародна класифікація хвороб поки не дає таких підстав.

В умовах антибактеріальної терапії можливий перехід сепсису без гнійних метастазів в септикопіємічний варіант. У той же час перебіг сепсису спочатку може бути або септикопіємічним, або розвиватися «з місця в кар'єр» – гостро, з важкими шокowymi проявами. Потрібно враховувати при підготовці лікаря-інтерна термінологічні проблеми, оскільки в МКБ відсутнє поняття «сепсис», якому рішенням експертів було дано назву «септицемія» і навіть було виділено абсолютно некоректне поняття «септицемія піємічна». У той же час лікар-патологоанатом повинен зважати на встановлений ВООЗ порядок статистичного аналізу і надалі до наступного перегляду вести статистику сепсису за рекомендаціями МКБ-10. Клінічна класифікація сепсису також повинна обов'язково використовуватися патологоанатомами при зіставленні результатів секції та клінічних даних.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ**

*Науменко В.А., Дубовская С.С., Кудінова О.В.*

Ежегодный анализ экзаменов показал, что более высокий уровень подготовки у врачей-интернов, обучающихся на кафедре. Только на кафедре, в результате обучения, имеется возможность выработать у интерна высокую степень готовности к самостоятельной врачебной деятельности, клиническому мышлению, овладению необходимым объемом практических навыков в соответствии с профессионально- должностными требованиями.

Исходя из запросов практического здравоохранения, некоторые вопросы обучения интернов-анестезиологов претерпели некоторые изменения.

Так, интегрирующее положение анестезиологии-реаниматологии в силу особенностей науки, ограничивает объем знаний и приобретаемых навыков в условиях работы врача-интерна в одном базовом учреждении.

Между тем, только на кафедре имеется возможность, после получения интерном базисных сведений и навыков, дифференцированной подготовки с ротацией по специализированным отделениям: политравмы, нейрохирургическом, ожоговом, челюстно-лицевом, детском и т.д.

Кроме того, под руководством кафедры проводятся занятия в областной станции переливания крови, где интерны осваивают последние достижения науки и практики в области переливания крови. После сдачи зачета получают удостоверение с правом самостоятельного проведения всех операций по переливанию крови, кровезаменителей.

К сожалению, при опросе интернов выясняется, что, приходя на кафедру, они не владеют не только методами переливания крови, но и венозными доступами: венесекцией, пункцией вен по Сельдингеру, внутрикостным переливанием крови, внутриартериальным нагнетанием, прямыми переливаниями, коникотомией, трахеостомией, торакотомией и др. Полагаем, что еженедельные дежурства врачей-интернов в составе ургентных бригад – лучший метод усвоения практических навыков. Это подтверждается на утренних конференциях, во время докладов врачей-интернов о проведенных анестезиологических пособиях и реанимации. Увереннее чувствуют себя те врачи-интерны, которые чаще дежурят, а так же чаще принимают участие в клинических разборах больных, идущих на операцию.

В связи с этим, нам приходится выделять дополнительное время для отработки этих приемов в прозектуре, т. к. врач-анестезиолог не освоивший венозные доступы, проводить анестезиологическое пособие, реанимацию и интенсивную терапию не сможет. Планируется так же расширить обучение интернов и в области кардиореаниматологии, т.к. большинство хирургических больных, особенно пожилые и старики, имеют сопутствующую патологию: ИБС, кардиосклерогипертоническую болезнь и т.д.

Новым в этом разделе работы является включение в тестовые задания типичной для данной сопутствующей патологии ЭКГ, рентгенограмм и соответствующей биохимической информации.

Особое внимание уделялось организации работы врача-анестезиолога на догоспитальном этапе, а также проблемы поэтапной реанимационной помощи при политравме, дежурства в составе спец. Бригад скорой медицинской помощи как проблема «Анестезиологического обеспечения и реанимации с интенсивной терапией критических состояний».

Хотелось бы отметить, что при окончательной оценке знаний по разделам, теоретические вопросы имеют несколько меньший вес в баллах, чем практические навыки, связанные с диагностикой и лечением, особенно неотложных состояний.

Опыт показывает, что оптимальные результаты в обучении врачей-интернов достигаются только в условиях постоянного контроля: исходный, текущий, рубежный и итоговый.

Наиболее приемлемым в наших условиях считаем тестовый контроль знаний в сочетании с экспертной оценкой практических навыков с использованием рейтинга и оценки врачебного мышления по решению ситуационных задач. «Выживаемость» знаний определяется последующей поэтапной проверкой на соответствие профессионально-должностным требованиям.

Поквартальна аттестация в 2015–16 годах осуществлялась по универсальной программе. Тестовые задания включали все разделы программы для первого года обучающихся. Аттестация считается успешной, если врач-интерн набирает 65–70 % положительных баллов. Внедрение компьютерного контроля позволило максимально объективизировать процесс обучения молодых специалистов по каждому из 22 разделов анестезиологии-реаниматологии.

В соответствии с задачами двухгодичной очно-заочной подготовки данная программа позволяет индивидуализировать вопросы соответствующей сложности для каждого обучающегося, включая простые, средней сложности и сложные. Программа предусматривает выбор заданий, относящихся к разделам теории, диагностики, интенсивной терапии. Основное значение для результата оценки знаний имеют ответы на практические вопросы.

Углубленное изучение программы является ценным материалом для совершенствования знаний преподавателей, а по отдельным разделам и для смежных циклов.

Совершенно очевидно, что специалист должен получать полный объем знаний в рамках одной кафедры, несущей полную ответственность, как за фундаментальные знания, так и за практические навыки. Видимо, тогда можно подвести фундамент для подготовки специалистов в рамках общеевропейского диплома.

## **ВДОСКОНАЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ НАУКОВО СПРЯМОВАНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

*Ольховський В.О., Хижняк В.В.*

Університетська медична освіта без наукової складової не може виконати свою визначальну функцію, якою є підготовка висококваліфікованих лікарських кадрів. Актуальність і рівень наукових досліджень значною мірою визначає якість підготовки медичних працівників.

Наразі економічна криза в Україні негативно вплинула на розвиток медичної науки і практики. За даними статистики на початок 2016 р. кількість вишів зменшилася у 2,5 рази і сягає лише 300 вищих навчальних закладів. Скорочується кількість дослідницьких тем у медичних університетах і чисельність виконавців науково-дослідних робіт.

Недостатнє бюджетне фінансування освіти і науки потребує пошуку інших джерел фінансування. Основним джерелом фінансування науки у вишах є договір із закладами і організаціями на проведення науково-дослідної роботи. Паралельно університети удосконалюють мережу платних освітніх послуг, здійснюють комерційну діяльність, використовують банківські кредити, підвищують питому вагу навчання на контрактній основі.

Основними задачами медичних університетів України є залучення до наукових досліджень талановитої молоді, забезпечення престижності науково-дослідницької праці, зупинення відтоку і міграції за кордон наукового потенціалу, удосконалення державної атестації наукових працівників, підвищення оплати праці, надання соціальних послуг і пенсійного забезпечення за європейськими стандартами.

Ціль статті – аналіз стану наукових розробок і досліджень в вищих медичних освітніх закладах та їх вплив на підготовку лікарів-інтернів.

Характерною рисою сучасної медичної науки є процес інтеграції. Закордонна вища освіта йде шляхом заміни багатопрофільних факультетів і кафедр на комплексні відділення. Медичні університети є не тільки навчальними закладами для підготовки різних медичних фахівців, а й базами академічних розробок, центрами міжнародного співробітництва, науки і культурного обміну, місцем професійного спілкування, майстернями науки і практики. Пасивне сприйняття знань замінюється на активне, акцент робиться на індивідуальне, творче навчання з опорою на самоосвіту і проблемні дослідження.

Важливою рисою вітчизняної медичної науки повинна стати іноваційність, перетворення науки вищів на підсистему інтегрованого науково-практичного комплексу.

Передовим досвідом фінансування, що треба поширювати на молодих вчених в Україні, вважаємо пріоритетне виділення коштів за так званим «замовленням-нарядом» докторантам, аспірантам, ординаторам, інтернам; матеріальна підтримка цих категорій при завершенні та оформленні роботи; виділення певного відсотка коштів від загального обсягу «замовлення-наряду» і від поточних витрат позабюджетної діяльності на сплату наукової роботи; розвиток і підтримка центрів науково-дослідницьких ініціатив в іноваційних центрах і технопарках.

В процесі пристосування між собою державної і приватної вищої медичної освіти в умовах української кризи виникають питання: чи здатна приватна освіта забезпечити якісний науковий продукт? Чи потрібна взагалі наука приватним вишам? Може достатньо використовувати фахівців, яких підготовлено в державних вишах? Наука у приватних медичних вишах працює, як правило, на рекламу та імідж.

Часто-густо окрім однієї-двох загальноуніверситетських тем виконується ще кілька десятків не пов'язаних між собою кафедральних наукових тем. Отримуємо роздробленість наукової тематики, відсутність єдиної ідеології наукових робіт. Це обумовлює необхідність координації наукової тематики приватних закладів з науковими дослідженнями державних вищів та регіональними програмами.

Значущість медичної науки, як системи знань, що існує в медичних університетах, підтверджується наявністю в них не менш, ніж половини всіх учених, які мають наукові ступені і звання. Ця тенденція посилюється за рахунок ліквідації науково-дослідних інститутів та інших наукових закладів. Тобто, маємо недооцінку ролі науки вищів в розвитку потенціалу нашої країни.

Зокрема, медична наука вишів має не меншу, а часто більш високу ефективність у порівнянні з академічною і галузевою наукою. Ефективність університетської науки обумовлена прагненням керівництва вишу, кафедр у підвищенні наукової кваліфікації педагогічних кадрів шляхом виконання кандидатських і докторських дисертацій, просуванням «службовими сходами». Сучасні наукові дослідження є ресурсоємними, тому провідні вчені вишів створюють навколо себе науковий колектив студентів, інтернів, аспірантів, викладачів і забезпечують матеріальну базу досліджень. При цьому, основне джерело фінансування – господарчі договори на виконання наукових досліджень «під замовлення» поза відому вищих адміністративно-бюрократичних структур.

Наукова робота вишів має характерними рисами економічність на витрату ресурсів і високу наукову віддачу. Спеціалісти високої кваліфікації часто працюють в науці за сумісництвом. Виші мають великий потенціал трудових ресурсів середньої і низької кваліфікації (студенти, інтерни, аспіранти, здобувачі), яких залучають до виконання трудовитратних робіт по збиранню і обробці інформації, проведенню експериментів і т. ін. Це підвищує ефективність навчального процесу завдяки набуття практичних навичок, розвитку мотивації щодо виконання наукових робіт.

У державних вишах приміщення, інформаційні мережі й обладнання використовується як для навчання, так і для наукових досліджень, що знижує поточні витрати.

Участь студентів у наукових дослідженнях, студентська наука втілюється через студентське наукове товариство, індивідуальну роботу з обдарованими чи зацікавленими студентами, через наукові гуртки, проблемні групи, наукові семінари, науково-практичні конференції [1]. Без студентської науки буде поганий прогноз для вищих рівнів науки.

Сучасним інструментом медичної науки стає інформатизація за рахунок широкої комп'ютеризації природничих і гуманітарних наук, запозичення здобутку світової інформаційної мережі, баз даних, формування в майбутньому «об'єднаного» або «колективного» інтелекту [2]. Інформатизація нашої медичної науки забезпечить високий рівень інтеграції у світову науку.

### **Висновки:**

1. Необхідно забезпечити перехід сучасної медичної науки на високий рівень інформатизації, іноваційність та інтегрованість в пріоритетні напрями наукових пошуків, а також на передовий досвід фінансування.

2. Треба знайти «золоту середину» у питанні генерації наукового продукту державними і приватними медичними вишами, координувати наукову тематику приватних закладів з науковими дослідженнями державних вишів та регіональними програмами.

3. Ефективність медичної науки вишів, як правило, вище за академічну і галузеву. Вона економічно витрачає ресурси і дає високу наукову віддачу, забезпечує практичні навички і мотивацію на науку.

4. Науково-дослідницька робота лікарів-інтернів повинна бути складовою їх навчання, що потребує вдосконалення відповідно до європейських норм. Студентська наука – обов’язкова сходинка для великої науки.

### **Література**

1. Швиденко В.Й. Удосконалення науково-дослідної роботи студентів / В.Й. Швиденко // Проблеми освіти. – К., 1995. – Вип. 3. – С. 144–146.

2. Сидоренко О.Л. Приватна вища освіта: шляхи України у світовому вимірі / О.Л. Сидоренко. – Харків : Основа, 2000. – С. 136.

## **НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКА РОБОТА КАФЕДРИ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «НЕЙРОХІРУРГІЯ»**

*П’ятикоп В.О., В’юн В.В., Кутовий І.О.*

**Постановка проблеми.** Основною метою підготовки лікарів-інтернів на кафедрі нейрохірургії ХНМУ є навчання їх професійним навичкам та здатності до самостійної лікувальної роботи в майбутньому. Залучення інтернів-нейрохірургів до науково-дослідницької роботи кафедри сприяє підвищенню якості підготовки лікаря-нейрохірурга за рахунок розвитку клінічного мислення взагалі та творчого підходу до лікувального процесу кожного конкретного хворого зокрема. Само по собі заняття творчою діяльністю передбачає проведення інформаційно-патентного пошуку по конкретній темі, що сприяє збільшенню теоретичних знань і розширенню кругозору лікаря. Крім того, необхідно пам’ятати про те, що в Україні була прийнята Концепція безперервної освіти, яка потребує від кожного фахівця постійного професійного зростання [1].

**Аналіз матеріалів публікацій, на які спираються автори.** Публікація даної роботи здійснена на основі аналізу власного досвіду виконання науково-дослідницької роботи на кафедрі нейрохірургії ХНМУ та вивчення матеріалів методично-навчальних конференцій, збірників наукових праць у фахових виданнях.

**Метою даної публікації** є інформація про досвід кафедри нейрохірургії ХНМУ що до залучення інтернів-нейрохірургів до науково-дослідницької роботи кафедри.

**Виклад основного матеріалу.** Основним направленням наукової діяльності кафедри нейрохірургії на протязі останніх 6 років є розробка методів отримання, зберігання та введення аутологічних стромальних стовбурових клітин хворим з нейродегенеративними захворюваннями, наслідками черепно-мозкової та спинномозкової травм, наслідками перенесених ішемічних і геморагічних інсультів. В розробці теми приймають участь зав. кафедри, доцент, відповідальний за наукову роботу асистенти, старший науковий співробітник, старші лаборанти та інтерни. Зокрема, одним із завдань для інтернів є проведення літературного пошуку відповідного темі дослідження, результати якого виконавці доповідають на чергових засіданнях та методичних нарадах кафедри. В період виконання дисертаційної роботи аспірантом ка-



федри М. Мсаллам, присвяченої використанню стромальних стовбурових аутоклітин в експерименті на моделі паркінсонізму, лікарі-інтерни з великим інтересом брали участь в моделюванні паркінсонізму у лабораторних тварин[2]. При цьому ними було освоєно метод експериментального стереотаксису, який є першим етапом оволодіння стереотаксичними операціями в клініці. Одним з важливих етапів розробки наукової теми є проведення забору клітинного матеріалу шляхом пункції кісткового мозку клубової кістки пацієнта. Цю методику освоїли також і лікарі-інтерни. На етапі клінічного впровадження клітинної терапії лікарі-інтерни приймають участь в обстеженні та лікуванні тематичних хворих. Введення ауто клітин здійснюють наступними способами: інтрацеребрально (стереотаксично), інтратекально (ендолюмбально) та внутрішньовено. Лікарі-інтерни активно залучаються до проведення стереотаксичного та ендолюмбального методів введення аутоклітин в умовах операційної. Інтрацеребральне введення аутологічних стовбурових клітин проводять під контролем комп'ютерного томографу. Такі операції розроблено на кафедрі нейрохірургії ХНМУ і широко проводяться в нейрохірургічній клініці з 1993 р. [3]. Одним з найважливіших етапів стереотаксичної операції є точне обрання хірургічної мішені для введення суспензії клітинного матеріалу. До проведення цих розрахунків інтраопераційно активно залучаються лікарі-інтерни. Також лікарі-інтерни ретельно ведуть медичну документацію тематичних хворих, беруть участь в обговоренні результатів лікування, в написанні наукових робіт, в підготовці до конференцій, на яких доповідається про отримані результати науково-дослідницької роботи.

**Висновки.** Таким чином, залучення лікарів-інтернів до науково-дослідницької роботи кафедри нейрохірургії ХНМУ сприяє творчому росту лікаря-нейрохірурга та допомагає оволодіти сучасними методами нейрохірургічних втручань як в умовах експерименту, так і в клінічній практиці.

### Література

1. Про затвердження галузевої Концепції розвитку неперервної педагогічної освіти. Наказ МОН № 1176 від 14.08.13 року.
2. М.А. Мсаллам Застосування мезенхімальних клітин кісткового мозку при експериментальному паркінсоноподібному синдромі. Автореферат канд. десерт. – Київ. 2015. – 19 с.
3. П'ятикоп В.О. Стереотаксична біопсія пухлин великих півкуль головного мозку з наступною їх кріодеструкцією під контролем комп'ютерного томографу. / П'ятикоп В.О., Печерський Б.В., Гунько Б.В. Зб. наукових праць Перший з'їзд нейрохірургів України, 24–26 листопада 1993. – Київ–С. 166–167

## СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ СТОСОВНО ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ

*Пащенко Ю.В., В'юн В.В., Давиденко В.Б., Межирова Н.М.*

Клінічною базою кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології Харківського національного медичного університету є Обласна дитяча клінічна лікарня № 1 м. Харкова. Це потужний багатопрофільний дитячий стаціонар, що працює в цілодобовому режимі. У його склад, крім соматичних відділень, входять 220 ліжок хірургічного профілю й два відділення анестезіології та інтенсивної терапії. У клініці представлені практично всі напрямки спеціалізованої допомоги дітям з питань торакальної хірургії, хірургії новонароджених, проктології, урології, дитячої гінекології, пластичної та реконструктивної хірургії, онкології та щелепно-лицьової хірургії.

За обсягом хірургічної допомоги Обласна дитяча клінічна лікарня № 1 м. Харкова займає провідне місце в Україні серед обласних дитячих лікарень. У рік тут виконується більше 7 тисяч оперативних втручань і близько 7,5 тисяч анестезіологічних посібників.

Дитяча хірургія відділилася від загальної хірургії більше 150 років тому.

На сьогоднішній день основним пріоритетом дитячої хірургії є раннє виявлення й корекція вад розвитку, своєчасна діагностика й лікування набутої патології.

У цьому зв'язку в клініці розроблена програма спільного консультування з медиками-генетиками, включаючи пренатальну ультразвукову діагностику вад і аномалій розвитку, що дало можливість виконувати ранню хірургічну корекцію та поліпшити результати лікування.

З огляду на збільшення кількості недонесених новонароджених, розширення екстракорпоральних способів запліднення, по цілому ряді вродженої патології відзначається ріст числа хворих дітей, які вимагають не тільки пренатального моніторингу, але й катамнестичного спостереження надалі.

Впровадження ендовідеоскопічних технологій зробило революцію в дитячій хірургії. Сьогодні дитячі хірурги можуть здійснювати практично весь обсяг невідкладних хірургічних втручань за допомогою ендовідеоскопії. Практично всі лікарі пройшли спецпідготовку як у нашій країні, так і за рубежом. По наявному обсязі ендоторакальних та ендоабдомінальних операцій клініка може стати учбово-методичним центром міжрегіонального характеру. Природно, що лікарі-інтерни дитячі хірурги й дитячі анестезіологи беруть активну участь в освоєнні сучасної техніки й методології надання висококваліфікованої допомоги по всіх представлених розділах спеціальностей.

Традиційно на базі клініки проходять підготовку інтерни із суміжних Сумської та Полтавської областей по спеціальностях «Дитяча хірургія» та «Дитяча анестезіологія». Виїхавши на заочні бази у відповідні регіони, вони не мають змоги планово проходити практичну підготовку в цілому ряді структурних підрозділів, які є в Харкові. Кількість і обсяг мініінвазивних оперативних втручань на заочних базах невеликий. Можливості викорис-

тання всього обсягу діагностичних досліджень високої точності (ЯМРТ, КТ, ангіографія, гаммасцинтиграфія) обмежений. Рівень складності оперативних втручань і відповідних анестезіологічних посібників трохи нижче, ніж у нашій клініці.

З огляду на вищевикладене, ми при складанні програми проходження очних циклів на базі відділень ОДКЛ № 1 м. Харкова намагаємося інтернам суміжних областей дати можливість брати участь у роботі тих відділень, які не представлені на їхніх заочних базах, інтенсифікувати їхню участь у мініінвазивних втручаннях і діагностичних заходах.

Всі інтерни мають індивідуальний графік роботи в плановій та ургентній операційних протягом усіх років навчання й працюють у всіх хірургічних відділеннях клініки.

При проведенні занять із лікарями-інтернами нами використовується власний демонстраційний матеріал, включаючи відеофільми ендоскопічних хірургічних втручань.

Повноцінне використання лікарів-інтернів як лікарів-ординаторів під спостереженням кваліфікованих фахівців кафедри й клініки дає можливість напрацьовувати практичні навички у веденні медичної документації, постановці діагнозу, визначенні програми лікування. Всі інтерни беруть участь в ургентних чергуваннях, де освоюють навички діагностики й лікування гострих хірургічних захворювань у дітей.

Крім того, лікарі-інтерни беруть участь у наукових днях клініки, виступають із повідомленнями по актуальних питаннях дитячої хірургії та дитячої анестезіології, виконують реферативні огляди сучасної спеціальної літератури.

Дуже хотілося б мати можливість для підготовки лікарів-інтернів на симуляційних тренажерах. Це підвищить зацікавленість у навчанні саме в нашій університеті. Створення центра симуляційної підготовки відкриває нові перспективи також і для залучення курсантів по підвищенню кваліфікації в умовах реформи післядипломної освіти й ліцензування лікарської діяльності.

Таким чином, досвід підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів і дитячих анестезіологів із суміжних областей показав, що їхнє навчання на очних циклах необхідно проводити по індивідуальних програмах з урахуванням обмеженої можливості баз заочного проходження інтернатури.

## **ПРОБЛЕМА ОНОВЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ РАДІОЛОГІВ В УКРАЇНІ**

*Пилипенко М.І.*

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

Сучасна медична практика буквально просотана радіаційними і ядерними технологіями. Наразі щорічно у світі проводиться понад 2 мільярда рентгенівських діагностичних досліджень, 32 млн. ядерномедичних і 5,5 млн. радіотерапевтичних процедур, і ця тенденція йде вгору [1]. Така ситуація зу-

мовлена, вочевидь, провідною роллю радіологічного обстеження хворого в установленні чи підтвердженні діагнозу, слідкуванні за перебігом захворювання, ефективністю обраного лікування і можливим розвитком ускладнень, тобто можна стверджувати, що нині роль радіології у наданні адекватного лікування визначальна.

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

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

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

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

Ці нелегкі і разом з тим невідворотні виклики постають перед суспільством будь-якої держави світу, і шлях до розв'язання проблеми, вочевидь, єдиний – оптимізація співвідношень: витрати/ефективність, витрати/користь, користь/ризик. Терміни різні, але мовиться про одне – як зменшити вантаж оплати прогресу відносно до користі, яка отримується. Ступінь вирішення проблеми знаходиться в прямій залежності від ступеня цивілізованості суспільства.

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

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

У Вступі до Хартії говориться: *«Радіологія становить медичну клінічну спеціальність, що охоплює всі аспекти одержання медичних зображень, які дають інформацію про анатомію, патологію, гістопатологію і функціонування органів і систем при хворобливих станах. Вона включає також інвазивні методи діагностики і мінімально інвазивні лікувальні маніпуляції під контролем зображень»*. А в Параграфі 2 Вступу підкреслено: *«Радіологи – це клініцисти, і їм необхідна добра клінічна підготовка із суміжних дисциплін»*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Література

1. Proceedings of an International Conference held in Malaga, Spain, 26–30 March 2001, organized by the International Atomic Energy Agency.
2. *Thawaites D. I. et al. // Radiother. a. Oncology. – 1995 – Vol. 35 – P. 61–73.*
3. Teer J.W.H., van Houtte P., Davelar J. // *Radiother. a. Oncology. – 1998. – Vol. 48 – P. 249–257.*
4. Пилипенко М. І. // УРЖ – 2008 – Т. XIV – Вип. 4 – С. 437–442.
5. Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (2001).
6. Beinfeld M. T., Gazelle S. // *Radiology – 2005 – Vol. 235 – P. 934–939.*
7. Beinfeld M. T., Wittenberg E., Gazelle G. S. // *Radiology – 2005 – Vol. 234 – P. 415–422.*
8. Hogan Ch., Sunshine J. H. // *Radiology – 2004 – Vol. 230 – P. 774–782.*
9. Sunshine J. H., Burkhardt J. H., Mabry M. R. // *Radiology – 2001 – Vol. 218 – P. 854–865.*
10. Singer M. E., Applegate K. E. // *Radiology – 2001 – Vol. 219 – P. 611–620.*
11. Blackmore C. C., Zelman W. N., Glick N. D. // *Radiology – 2001 – Vol. 220 – P. 581–587.*
12. Cohen M. D. // *Radiology – 2001 – Vol. 220 – P. 563–565.*
13. Saini S., Sharma R., Levine L. A., et al. // *Radiology – 2001 – Vol. 218. – P. 172–175.*
14. McMahon P. M., Bosch J L., Gleason S., et al. // *Radiology – 2001 – Vol. 219. – P. 44–50.*
15. European Training Charter for Clinical Radiology. European Association of Radiology, Vienna, November 2005.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ІНТЕРНА

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

Основним стратегічним направленням сучасного вишу є впровадження компетентного підходу до змісту сучасної освіти [1], яка має бути спрямованою на формування компетентного спеціаліста [2]. Проблеми у процесі формування професійної компетентності майбутнього лікаря-стоматолога виникають із самого початку навчання у медичному виші. Одним із визначальних факторів етапів становлення та розвитку професійної компетентності (ПК) майбутніх лікарів-стоматологів є мотивація, які спонукали його до обрання свого професійного шляху [3]. Процес формування професійної компетентності у вищій школі починається на основі вже сформованих на довузівському етапі ключових компетентностей і триває увесь період активної професійної діяльності, трансформуючись, з погляду психології, у професіоналізм [4, 5]. Принципи компетентності були проголошені європейськими фахівцями на симпозіумі за програмою Ради Європи [6] як обов'язковий чинник, необхідний для реформ освіти, а саме:

1) політичні та соціальні (здатність брати на себе відповідальність, брати участь у спільному прийнятті рішень, регулювати конфлікти ненасильницьким шляхом, брати участь у функціонуванні і поглибленні демократичних інститутів);

2) такі, що стосуються життя в багатокультурному суспільстві (розуміння відмінностей, повага один до одного, здатність жити з людьми інших культур, мов та релігій);

3) такі, що забезпечують оволодіння усним та письмовим спілкуванням (наприклад, володіння кількома мовами);

4) такі, що пов'язані з виникненням інформаційного суспільства (володіння новими технологіями, розуміння їх застосування, здатність критичного ставлення до інформації та реклами, що розповсюджується ЗМІ);

5) такі, що викликані необхідністю вчитися все життя як основи безперервної підготовки у професійному плані, а також в особистому та суспільному житті.

Академіком В. Луговим запропоновано національну класифікацію компетентностей, які необхідні майбутнім фахівцям, що включає цілісно-орієнтаційні, інтелектуально-знанєві, діалого-комунікативні, творчо-інноваційні, художньо-творчі компетентності [7].

Постійний професійний розвиток є одним з умов формування професійної компетенції у процесі підготовки лікарів, який починається з моменту навчання у виші та має продовжуватись протягом всієї професійної діяльності кожного лікаря. При цьому важливо враховувати, що багаторівневий етап становлення професійної компетентності лікаря має свою специфіку у періодах її оволодіння та використання, які циклічно чергуються. Післядипломна система освіти це система становлення і розвитку професійної компетентності, що виступає початковою частиною, а найчастіше – визначальною



у системі безперервної професійної освіти. Цей процес полягає у єдиній системі цілей, змісту, технологій і критеріїв результативності діяльності лікарів щодо професійного вдосконалення в умовах навчально-пізнавальної, імітаційно-моделюючої і професійно-практичної діяльності. Саме ці елементи складають основу безперервного професійного розвитку спеціаліста, іншими словами елементи, які формують професійну компетентність. Формування компетентного лікаря-стоматолога – процес довготривалий та складний, який 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 компетентностне наповнення, розвиток професійної компетентності лікаря-стоматолога інтерна.

**Метою** нашого дослідження стало визначення мотиваційних критеріїв формування професійної компетентності у лікарів-стоматологів інтернів.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставленого 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 лет 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 мотиваційні аспекти змінились 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 компоненту 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 інтерна – важливий етап, що визначає мотиваційний компонент, надає розуміння всієї складності обраної спеціальності, створює умови для формування інших компонентів.

### Література

1. Професійна педагогічна освіта: компетентнісний підхід: монографія / за ред. О.А. Дубасенюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. – 412 с.
2. Ходорчук А. Я. Компетентнісний підхід до підготовки фахівця у вищому навчальному закладі /А.Я. Ходорчук, Т. С. Стубайло// Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 154–157.
3. Кульбашна Я. А. Формування компетентного фахівця – пріорит розвитку медичної освіти іноземних студентів – стоматологів / Я. А. Кульбашна // Світ медицини та біології. – 2013. – № 2. – С. 106–108.
4. Артемов В.Ю. До питання категорій професійної зрілості, компетентності та готовності [Електронний ресурс] / В.Ю. Артемов. – Режим доступу: [http://esteticamente.ru/portal/Soc\\_Gum/NiO/2010\\_9/2\\_razd/Artem.htm](http://esteticamente.ru/portal/Soc_Gum/NiO/2010_9/2_razd/Artem.htm)
5. Васюченко П.В. Феномен компетентнісно-орієнтованого підходу до підготовки фахівця /П.В. Васюченко//Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2009. – № 2. – С. 17–26.
6. Nutmacher Walo. Key competencies for Europe /W. Nutmacher//Report Symposium Berne, Switzerland 27–29 March, 1996. Council Co-operation (CDCC); Secondary Education for Europe Strasburg, 1997. // <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED407717.pdf>.
7. Луговий В.І. Освіта, навчання, інформація, компетентність: канонізація понять / В.І. Луговий//Історико-педагогічні студії : науковий часопис / гол. ред. Н.Н. Демяненко. – К.: Вид. НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. – Вип. 5. – С. 11–16.

# КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

*Спузяк Р.М., Степанов Е.П.*

Впровадження постійної професійної підготовки лікаря впродовж життя вимагає корінної перебудови навчального процесу на післядипломному етапі. До того ж, Україна входить до європейської спільноти, що диктує необхідність значного підвищення рівня знань і умінь лікарів, впровадження нових освітянських технологій, особливо у зв'язку з переходом на Болонську систему викладання.

Освіта дорослих суттєво відрізняється від освіти на додипломному етапі, має свої особливості, сутність і принципи яких викладені в витягах з проектів Законів України «Про післядипломну освіту» та «Про освіту дорослих ( про освіту впродовж життя)».

Наведення цих законодавчих актів дасть змогу викладачу ознайомитися з основними засадами навчання на післядипломному етапі, організацією та особливостями проведення навчального процесу.

Закон України про післядипломну освіту (витяг)

Розділ I. Загальні положення.

Розділ II. Система післядипломної освіти.

Розділ III. Організація навчально-виховного процесу, наукова та науково-методична діяльність закладів післядипломної освіти.

## ***Система післядипломної освіти***

### ***Стаття 7. Основні складові системи післядипломної освіти***

1. Система післядипломної освіти є складовою системи освіти України і включає в себе:

- освітні, освітньо-професійні та професійні програми;
- державні освітні стандарти післядипломної освіти;
- заклади післядипломної освіти всіх форм власності, що надають освітні послуги у галузі післядипломної освіти... та інш.

2. Післядипломна освіта здійснюється за кошти юридичних та фізичних осіб на підставі укладених договорів з підприємствами, установами, організаціями. Фізичним особами, та за державним замовленням, у випадках передбачених чинним законодавством...

3. Зміст післядипломної освіти визначається вимогами суспільства до кадрового забезпечення галузей господарства з урахуванням перспектив їх розвитку...

### ***Стаття 8. Структура післядипломної освіти включає:***

- Перепідготовку кадрів
- Спеціалізацію
- Розширення профілю (підвищення кваліфікації)
- Клінічну ординатуру
- Стажування

## ***Концепція розвитку післядипломної освіти***

Сутність післядипломної освіти визначено Законом України «Про вищу освіту» (ст. 10): це спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної під-

готовки особи шляхом поглиблення, розширення й оновлення її професійних знань, умінь і навичок або отримання іншої спеціальності на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду.

### ***Організаційні форми і структура управління післядипломної освіти***

*Перепідготовка* – це отримання іншої спеціальності на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду;

*Спеціалізація* – це набуття здатності виконувати окремі завдання та обов'язки, які мають особливості в межах спеціальності.

*Розширення профілю (підвищення кваліфікації)* – це набуття особою здатності виконувати додаткові завдання та обов'язки в межах спеціальності.

*Стажування* – набуття особою досвіду виконання завдань та обов'язків певної спеціальності.

### ***Сучасні освітянські технології в післядипломній освіті променевої діагностики***

Інтерактивні лекції (в режимі діалогу).

Мультимедійні лекції.

Семинар-тренінг; семінар-дискусія; семінар-клінічний розбір-експромт.

Заняття в кредитно-модульній системі освіти.

Активна самостійна робота.

Самоперевірка та самоосвіта.

Відкрите навчання.

### **Література**

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

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

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

4. Спужак М.І., Крамний І.О. Актуальні проблеми підготовки променевих діагностів // Пробл. суч. мед. науки і освіти. – 2010. – № 2. – С. 7–8.

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

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

## МІСЦЕ ТА РОЛЬ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

*Спузяк Р.М., Степанов Е.П.*

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

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

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

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

План проведення практичного заняття:

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

Кінцевими завданнями практичного заняття ставиться:

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

Дидактичні цілі практичних занять зводяться до:

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

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

У відповідності до цілей і дидактичних завдань виділяють:

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

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

Практичні заняття з тематики повинні слідувати за розділами теоретичного курсу.

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

Практичне заняття закінчується висновком, в якому підводяться підсумки і аналізуються отримані дані.

## **Література**

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

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

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

4. Спужак М.І., Крамний І.О. Актуальні проблеми підготовки променевих діагностів // Пробл.суч.мед.науки і освіти. – 2010. – № 2. – С. 7–8.

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

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

## **МОЖЛИВОСТІ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

*Товажнянська О.Л., Некрасова Н.О., Каук О.І., Марковська О.В.,  
Соловйова Є.Т., Самойлова Г.П.*

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується стрімкими темпами модернізації у вищій освіті. Сучасна система підготовки кваліфікованих конкурентоспроможних фахівців у медичному вузі на післядипломному етапі проводиться на основі інтеграції традиційного або класичного підходу,

який включає виклад основних понять різних дисциплін, та інноваційного підходу з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

В основу традиційного підходу до організації освіти лікарів-інтернів покладені пояснювально-ілюстративний, інформаційно-який повідомляє, когнітивно-центрований принципи. Викладач відіграє активну роль у навчально-виховному процесі, структуруючи і пояснюючи зміст дисципліни, розбираючи і роз'яснюючи рішення ситуаційних завдань. Разом з тим підготовка лікаря-спеціаліста передбачає не лише засвоєння інформаційних знань, а й розвиток лікарського клінічного мислення, освоєння практичних навичок і умінь, здатності швидко орієнтуватися в складних клінічних ситуаціях, що досягається шляхом формування комплексу професійних компетенцій.

Професійна компетенція дії – це здатність і готовність фахівця діяти в професійній ситуації доцільно, грамотно, тобто самостійно і цілеспрямовано вирішувати поставлені завдання на основі знань і досвіду, а також за допомогою власних ідей, оцінювати знайдені рішення і удосконалити свою діяльність. У зв'язку з цим стратегічним напрямом у підготовці кваліфікованих конкурентоспроможних фахівців є придбання професійних навичок і умінь. Найкращий метод оволодіння професійною компетенцією лікаря – це безпосередня робота з хворими. Однак за допомогою широкого впровадження інноваційних технологій з'являється можливість розширити спектр способів придбання лікарями інтернами практичних знань і умінь.

В якості можливої інноваційної освітньої технології можна використовувати успішно зарекомендував себе «кейс-метод» – для перевірки ступеня сформованості практичних навичок, «Ділова гра» та «Віртуальний пацієнт» – дає можливість інтернам відпрацювати психологічні основи взаємодії «лікар-пацієнт» в обстановці, максимально наближеною до умов реального життя.

У процесі «Ділових ігор» у інтернів з'являється мотив для активного пошуку діагностичної інформації, виробляється навичка роботи з отриманою інформацією, її використання у вирішенні конкретної задачі, навик необхідності адекватно сприймати і аналізувати думку колег. Пошук конкретного вирішення поставленого завдання змушує інтерна переключитися на активні форми навчання, зокрема, самонавчання з використанням декількох видів самостійної роботи (самостійна робота з літературою, конспектування, анотування книг, статей, аналіз конкретних ситуацій, пошук інформації в Інтернет-мережі тощо). Це дозволяє йому не тільки розширити міждисциплінарний кругозір, але і значно підвищує інтерес до предмета і навчального процесу в цілому.

Використання в процесі навчання «Віртуального пацієнта» дає можливість проявити самостійність інтерна у вирішенні діагностичних і лікувальних завдань, рівень його клінічного мислення, можливість використовувати на практиці своїх теоретичних знань. Дана система дозволяє в режимі on-line отримати інтерну зворотну інформацію про правильність його діагностичних міркувань і терапевтичних рекомендацій, дає можливість коригувати лікувальні рекомендації.

Таким чином, впровадження інноваційних технологій в медичну науку, практику та освіта на сьогоднішній день є одним з найбільш затребуваних і активно розвиваються напрямків у сфері вищої професійної освіти.

## **СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

*Тучкіна І.О., Гузь І.А., Демиденко О.Д., Вигівська Л.А.,  
Благовещенський Є.В., Тисячка Г.М., Меренкова І.М.,  
Покришко С.В., Рубінська Т.В., Рогачова Н.Ш.*

Згідно з визначенням Міжнародної федерації медичної освіти, її можна розділити на три складові: додипломне, 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.

Протягом всієї історії медицини ведеться пошук інноваційних, більш досконалих методів навчання, що дозволили 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. Це залежить від рівня базових знань тих, хто навчається, оснащення, категорії 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.

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 вміння сприймати майбутню лікувальну діяльність, як креативний творчий процес.

Як доповнення до базисних методів навчання, на кафедрі широко використовується масив клінічних задач, створених співробітниками кафедри, застосовуються численні навчальні відеоматеріали, проводиться демонстрація електронних мікрофотографій високої якості, що дозволяє зробити 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 дівчаток та дівчат-підлітків.



Вирішення багатокomпонентних інтерактивних клінічних задач із наданням друкованих розгорнутих пояснень допомагає розвивати клінічне мислення лікарів інтернів. Розбір рідкісних випадків із мультимедійною презентацією даних додаткових методів обстеження пояснює лікарям-інтернам, що представлена в підручниках класична клінічна 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.

## **ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ, ІНТЕГРАЦІЯ ТА ІНДІВІДУАЛІЗАЦІЯ ЯК ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ»**

*Хижняк А.А., Соколов А.С., Науменко В.А.*

Інтенсивний розвиток вітчизняної та зарубіжної медичної науки ставить складні завдання перед системою післядипломної освіти лікарів. Сучасний фахівець повинен мати у своєму розпорядженні нову інформацію, бути готовим застосувати найбільш ефективні методи діагностики, лікування і профілактики хвороб, самостійно, а при необхідності колегіально приймати найбільш відповідальні та адекватні рішення в складних клінічних ситуаціях.

Формування у майбутнього фахівця в період очно-заочного навчання в інтернатурі здатності до виконання певних функціональних обов'язків в сфері надання інтенсивної терапії та проведенні анестезіологічного забезпечення при оперативних втручаннях є результатом удосконалення кваліфікації, а якість процесу навчання залежить від майстерності та досвідченості керівники интернатури. Цей етап лікарської підготовки формує знання, які створюють міцний фундамент професійних навиків, які конче необхідні майбутньому лікарю в повсякденній практиці.

Нажаль в сучасних умовах високого інформаційного навантаження традиційні форми і методи навчання не забезпечують достатню ефективності навчального процесу та досягнення високих результатів підготовки. Пасивно отримуючи знання, лікарі-інтерни, не можуть швидко застосувати їх у реальних умовах.

Для досягнення кінцевих цілей слід розширювати фундаментальність та широкопрофільність базової освіти, збільшувати її варіативність та міждисциплінарність, що є властивим для більшості європейських систем підготовки спеціалістів.

Перш за все, це інтеграція знань, як одна з ефективних форм пізнавального процесу. Завдяки глибокому взаємопроникненню, злиттю, наскільки це

можливо, в одному учбовому матеріалі узагальнених знань в декількох галузях медицини складаються умови що до активізації навчально-пізнавальної діяльності майбутніх лікарів, забезпечується можливість вчитися самостійно, працювати з додатковими джерелами інформації, широко використовувати освітні ресурси світової мережі. Інтеграція – це не лише особлива комбінація навчального матеріалу, а і спосіб організації навчальної діяльності.

Сучасний анестезіолог повинен знати не тільки сучасні методи знеболення, сучасну фармакологію, але і застосовувати сучасну апаратуру для їх використання. Без інтеграції в навчальний процес знань медичної фізики, хімії, фізіології це стає неможливим.

Необхідне формування глибоких зав'язків між дисциплінами (анестезіологія, хірургія, акушерство, та ін.), коли поняття і практичні навички отримані в одній дисципліні, розвиваються і в інших сприяє створенню у молодого фахівця загальних синтезованих знань та вмінь.

Диференційований підхід до лікаря-інтерна, як особистості дає можливість оцінити потенціал кожного, властивість роботи в команді, індивідуальну комунікабельність розробити стратегію та тактику викладання згідно з можливостями групи.

Індивідуалізація стає підґрунтям до оптимізації як аудиторного, так і позааудиторного процесу навчання. Самостійна робота, яка в свій склад включає літературний, методичний пошук, науково-дослідну частину є стимулом самомотиваційного розвитку фахівця, готує його для роботи в умовах безперервного навчання в позадипломний період.

Підвищення мотивації навчальної діяльності завдяки нестандартній формі заняття, використання різних видів роботи підтримує зацікавленість лікарів-інтернів на високому рівні, що дозволяє говорити про розвиваючу ефективність таких занять. Вони знімають стомлюваність і перенапруження всіх учасників педагогічного процесу завдяки перемиканню на різні види діяльності, значно підвищують пізнавальний інтерес, розвивають представлення, увагу, мислення, пам'ять.

Таким чином, використання інноваційних методів у навчальному процесі створює умови для ефективної самореалізації особистості майбутнього лікаря, допомагає ефективно засвоювати навчальний матеріал професійного спрямування, розвивати комунікаційні вміння, підвищувати мотивацію до вивчення проблеми, сприяє розвитку клінічного мислення.

## **Література**

1. Кульневич С.В., Лакоценина Т.Т. «Аналіз сучасного уроку».
2. Басиев З.Г., Басиева О.З. Специализация и интеграция в учебном процессе на последипломном этапе образования врачей // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 12–1. – С. 73–75.
3. Нісімчук А.С., Падалка О.С., Шпак О.Т. Сучасні педагогічні технології: навч. посіб. – К.: Видавничий центр «Просвіта», 2000. – 368 с.
4. Пометун О.І. Енциклопедія інтерактивного навчання. – К., 2007. – 144 с.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-КЛІНІЦІСТІВ В ІНТЕРНАТУРІ

*Чумаченко Т.О.*

**Постановка проблеми у загальному вигляді.** На усіх етапах розвитку системи охорони здоров'я суспільство потребувало грамотних і компетентних фахівців, які володіють сучасними знаннями, мають професійні практичні навички та здатні швидко освоювати новітні медичні технології, які увесь час бурхливо розвиваються [1, 2]. Ця потреба забезпечується якісною підготовкою фахівців у медичному вищому навчальному закладі (ВМНЗ) на етапах додипломної та післядипломної освіти. Якщо додипломна підготовка забезпечує лікаря базовими знаннями, які створюють фундамент для усієї подальшої професійної діяльності, то первинна спеціалізація (інтернатура) максимально наближає випускника ВМНЗ до роботи у конкретних соціально-економічних умовах, які склались у державі, у відповідності до сучасних потреб охорони здоров'я [1]. Відомо, що суспільство постійно розвивається, змінюються можливості діагностики, лікування та профілактики захворювань населення, умови професійної діяльності лікарів, впроваджуються нові медичні технології та ін., що повинно відображатись у навчальних програмах і планах підготовки лікарів в інтернатурі.

**Аналіз матеріалів публікацій.** Останнім часом в Україні відбулось погіршення соціально-економічних умов життя суспільства, що призвело до зростання захворюваності населення, в тому числі інфекційної [3]. Серед широкого спектру актуальних захворювань сьогодення особливе місце посідають інфекції, які пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПМД). ІПМД спричиняють значний медичний, соціальний та економічний збиток [4]. В багатоцентрових дослідженнях, які охопили декілька десятків країн світу, встановлено, що ураженість пацієнтів як найменше однією нозологічною формою складає від 3,5 до 12 % [5]. За даними Європейського центру по контролю та профілактиці захворювань (ECDC), близько 4 131 000 пацієнтів щорічно страждають на ІПМД в Європі. ІПМД посідають 10-е місце серед провідних причин смерті в США. За даними Центру по контролю та профілактиці захворювань (CDC), щорічно виявляють 1,7 млн випадків ІПМД, з яких 99 тис. летальних, а економічний збиток складає близько 30 млн. доларів [5].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважає, що освіта та навчання лікарів, стоматологів, акушерок, медичних сестер та інших медичних працівників є основою забезпечення безпеки пацієнтів та надання медичної допомоги високої якості, що недооцінене та не використовується в повному обсязі [6]. Необхідні нові підходи до освіти та навчання медичних працівників, що гратиме значну роль в покращенні безпеки пацієнтів. Фахівці ВООЗ встановили зв'язок між освітою та медичною практикою, між освітою медичних працівників та безпекою системи охорони здоров'я. Тому, на наш погляд, є нагальною потребою включити до програм підготовки лікарів усіх спеціальностей модуль «Безпека пацієнтів. Епідеміологія та профілактика ІПМД».

**Цілі та завдання.** Ціллю роботи була розробка програми для навчання лікарів-інтернів з клінічних спеціальностей, модуль «Безпека пацієнтів. Епідеміологія та профілактика ІПМД» на кафедрі епідеміології ХНМУ. Завдання включали перелік питань для вивчення модулю, забезпечення методичними матеріалами інтернів, розробка ситуаційних завдань та тестів з орієнтацією на фах інтернів (для хірургів, терапевтів, акушерів-гінекологів та ін.), розробка інтерактивних методів навчання.

**Виклад основного матеріалу.** Модуль спрямований на формування розуміння, що епідеміологічна безпека медичної допомоги – це стан, який характеризується сукупністю умов, при яких відсутній неприпустимий ризик виникнення у пацієнтів і медичного персоналу захворюваності на ІПМД, стану носійства, інтоксикації, сенсibiliзації організму, пошкоджень, спричинених мікроорганізмами, вірусами та іншими патогенами та продуктами їх життєдіяльності. Лікарі-інтерни повинні розуміти, що при наданні медичної допомоги, при застосуванні будь-яких медичних технологій завжди існує ризик виникнення ІПМД, який може бути вимірний, який можна знизити, але він завжди існує, в тому числі і в терапевтичних стаціонарах. При цьому медичний персонал вражається ІПМД набагато частіше, ніж пацієнти.

Програма передбачає навчання питанням забезпечення епідеміологічної безпеки різних медичних технологій від здійснення огляду хворого лікарем і безпечного проведення різноманітних ін'єкцій до складних хірургічних втручань та забезпечення епідеміологічної безпеки лікарняного середовища. Інтерни матиме можливість опанувати технологію розрахунку ризиків виникнення ускладнень у відмінних умовах, ознайомитися з особливостями джерел інфекції, резервуару збудників, шляхів та факторів передачі та іншими епідеміологічними особливостями ІПМД, спричиненими різними видами патогенів (наприклад, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile* та ін.) та шляхами їх профілактики.

Розв'язання ситуаційних задач, банк яких створений на кафедрі, сприятиме формуванню практичних навичок та умінь, а тестові завдання, розроблені викладачами кафедри, дозволять оцінити навчальний та отриманий рівень знань з проблеми ІПМД.

Зниження уражень пацієнтів ІПМД можливо тільки при скоординованій дії медичних працівників різного профілю, тому отримання лікарями-інтернами професійних знань та опанування практичних навичок щодо виявлення, діагностики, раціонального лікування та профілактики ІПМД, визначення ключових ризиків при наданні медичної допомоги та засвоєння методів управління ними є нагальною потребою вищої медичної школи сьогодення.

Зараз на кафедрі епідеміології ХНМУ навчаються на суміжному циклі лікарі-інтерни спеціальностей «Загальна лікарська практика. Сімейна медицина», «Інфекційні хвороби», «Лабораторна діагностика». Але невелика кількість годин для епідеміології дозволяє дати інтернам тільки загальні уявлення про ІПМД, що явно недостатньо. Лікарі-інтерни інших спеціальностей

взагалі не навчаються на кафедрі епідеміології, що обмежує їх компетенції в профілактиці хвороб, в тому числі ІПМД.

Кафедра епідеміології ХНМУ готова підключитися до глибокої підготовки інтернів з питань безпеки пацієнтів та епідеміології й профілактики ІПМД.

### **Висновки:**

1. Сучасна епідеміологічна ситуація з ІПМД та вимоги ВООЗ диктують необхідність поліпшення підготовки лікарів-інтернів із клінічних спеціальностей у галузі епідеміології та профілактики ІПМД.

2. На кафедрі епідеміології ХНМУ розроблена програма модулю «Безпека пацієнтів. Епідеміологія та профілактика ІПМД», яка може бути впроваджена в навчальні програми підготовки лікарів-інтернів за усіма лікарськими спеціальностями.

3. Впровадження модулю «Безпека пацієнтів. Епідеміологія та профілактика ІПМД» покращить якість підготовки лікарів клінічних спеціальностей в інтернатурі, сприятиме зниженню ІПМД як серед пацієнтів, так і серед медичних працівників.

**Перспективи у даному напрямку.** Навчання лікарів-інтернів різних спеціальностей на кафедрі епідеміології з питань безпеки пацієнтів, епідеміології та профілактики ІПМД дозволить удосконалити програму, висвітлити позитивні та негативні сторони модулю, усунути прогалини та поліпшити якість підготовки фахівців.

### **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-річчю ХНМУ (Харків, 28 квітня 2015 р.). – Харків, 2015. – С. 3–9.

2. Проблема удосконалення фахової підготовки лікарів медико-профілактичного профілю на сучасному етапі в аспекті кредитно-модульної системи / В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. О. Коробчанський, М. П. Воронцов, В. В. Мінухін // Нові напрями впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації : матеріали Всеукр. наук. навч.-метод. конф. (Тернопіль, 12–13 трав. 2011 р.). – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – С. 277–279.

3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2013 р. Статистичний бюлетень. – Київ: Державна служба статистики України, 2014.

4. The Burden of HealthCare-Associated Infection Worldwide. A Summary. – World Health Organization, 2010. – 4 p.

5. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. – World Health Organization, 2011. – 40 p.

6. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. – World Health Organization, 2011. – 272 c.

# ВИКЛАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ GERONTOLOGII СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ

*Шапкін В.Є.*

Особливістю населення сучасної України є велика частка осіб віком більш ніж 65 років (біля 20 %). Ця популяційна особливість впливає на медичну ситуацію в країні та призводить до збільшення хворих з коморбідною патологією та хвороб, що є типовими для старості. В наш час геронтологічні хворі лікуються різними фахівцями. Але більша частина роботи з діагностики, лікування, реабілітації літніх хворих лягає на дільничного терапевта або лікаря загальної практики – сімейної медицини. Надання медичної допомоги хворим похилого віку є не тільки медичною, а й соціальною проблемою. У зв'язку з цим, соціальні аспекти допомоги похилим хворим повинні висвітлюватися під час навчання сімейних лікарів-інтернів.

Сімейному лікарю слід враховувати наступні особливості догляду за геріатричними пацієнтами при організації та здійсненні догляду за людьми похилого та старечого віку на дому або в денному стаціонарі:

- людині похилого та старечого віку краще лікуватися вдома ніж в стаціонарі;
- необхідність сприяння прагненню пацієнта до зв'язку з родичами;
- забезпечення доступу до інформації загального порядку (газети, радіо, телебачення), а також до особистої інформації пацієнта (про дієту, правила поведінки при наявних захворюваннях та ін.);
- необхідність вивчення та уважного ставлення до індивідуальності пацієнта (сприймання пацієнта як особистість);
- особливу увагу слід приділяти нормалізації сну, профілактиці травматизму;
- дотримання режиму провітрювання, не допускати протягів;
- необхідність багаторазового пояснення порядку проведення всіх лікувальних і діагностичних процедур;
- необхідність збільшення тривалості спілкування з пацієнтом;
- терпиме ставлення до фізичних і психічних недоліків пацієнта, ретельне дотримання вимог деонтології.

Сімейний лікар повинен вміти оцінити здатність літніх пацієнтів до самообслуговування, їх соціальний і психічний статус на основі отриманих даних визначити потребу планової госпіталізації в стаціонар. Треба, щоби лікар загальної практики співпрацював зі соціальним працівником. Така команда допомагає літньому пацієнту добитися соціальної та медичної адаптації, продовжити активне довголіття.

Оптимізація соціальних аспектів роботи сімейних лікарів з геронтологічними пацієнтами веде до поліпшенню якості життя значного прошарку населення та сприяє упевненості громадян України у своєму майбутньому.

# ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

*Шевченко О.С., Погорєлова О.О.*

Згідно з наказом МОЗ України від 27.12.2013 № 1145 «Про поліпшення організації роботи баз стажування лікарів-інтернів», вищі навчальні заклади мають забезпечувати щорічне удосконалення програм навчання інтернів для здобуття ними достатнього обсягу теоретичних знань та практичних умінь щодо оволодіння професією на європейському рівні [1].

З цією метою на кафедрі фтизіатрії і пульмонології ХНМУ у процесі підготовки інтернів-фтизіатрів і пульмонологів, інтернів різних спеціальностей, у т.ч. сімейних лікарів, а також лікарів-курсантів широко застосовуються різноманітні методи оптимізації педагогічного процесу. Дані методи включають визначення базисного рівня знань і практичних умінь учнів, широке використання ситуаційних завдань, застосування проблемного й синдромного методів, проведення навчальних консиліумів; використання при проведенні лекцій методів зворотного зв'язку, проведення рольових ігор при опрацюванні наказів і локальних протоколів, упровадження тестового контролю та проведення письмових контрольних робіт, метод асоціацій, підготовка наукових статей та доповідей [2–5].

Метою цієї роботи є оцінка за 5-ма основними критеріями ефективності кейс-методу у формуванні професійних якостей майбутніх лікарів.

У зарубіжній практиці кейс-метод давно активно використовується у професійній освіті медиків з метою розвитку у студентів умінь і навичок самостійної роботи. У нашій країні кейс-технології в медицині стали застосовуватися порівняно недавно, але привернули увагу викладачів своєю ефективністю [5, 6].

В апробації даного методу взяли участь студенти 6-го курсу та лікарі-інтерни різних спеціальностей. Кейс-метод передбачав моделювання впродовж заняття різних клінічних ситуацій, основними взаємозв'язками у побудові яких були ролі: «завідувач відділення–лікар», «лікар–пацієнт», «лікар–медсестра», «лікар–фтизіатр–лікар–інфекціоніст».

Викладачем визначалися лише основні вихідні дані, необхідні для побудови моделі. Перебіг проблемної ситуації, а також шляхи її вирішення визначалися студентами. Це сприяло підвищенню рівня зацікавленості в оволодінні матеріалом, у тому числі нормативними документами, самостійності, спонукало до самостійного пошуку альтернативних шляхів вирішення проблеми, творчого підходу до отримання нових знань. Даний метод дозволив студентам розглянути кожну із ситуацій з точки зору різних її учасників, що у свою чергу сприяло глибшому всебічному розумінню питання. Відповідальність учасників при виконанні своїх ролей забезпечила максимальну наближеність моделі до реальних умов, а також сприяла вирішенню непередбачуваних питань, які можуть зустрітися в життєвих ситуаціях.

Таким чином, реалізація педагогічних умов професійної соціалізації майбутніх лікарів на етапі післядипломної освіти припускає передусім вияв-

лення обґрунтування цих умов, створення ситуації для їх реалізації. Після закінчення занять з використанням кейс-методу ми провели опитування серед студентів та інтернів щодо виявлення самооцінки на предмет наявності в них сформованості професійних компетенцій (таблиця). Оцінка отриманих результатів проводилася за 3 рівнями (низький, середній, високий), з урахуваннями 5 основних критеріїв:

- когнітивний – сформованість професійних знань;
  - мотиваційний – сформованість мотивації професійної діяльності;
  - аксіологічний – сформованість ціннісних орієнтацій;
  - діяльний – сформованість професійних умінь і навичок;
  - особистісний – сформованість професійно значущих, особистісних якостей.
- Більшість визначала високий кінцевий рівень за всіма критеріями.

**Таблиця**

**Рівень сформованості професійних компетенцій  
серед студентів та інтернів**

<b>Критерій</b>	<b>Вміст</b>	<b>Рівні</b>	<b>Студенти (%)</b>	<b>Інтерни (%)</b>
Когнітивний – сформованість професійних знань	Знання змісту, специфіки професійної діяльності	Низький Середній Високий	14 54 32	0 10 90
Мотиваційний – сформованість мотивації професійної діяльності	Інтерес до професійної діяльності, самоосвіти, саморозвитку	Низький Середній Високий	8 22 70	0 14 86
Аксіологічний – сформованість ціннісних орієнтацій	Ціннісне ставлення до праці, до професії, до професійної діяльності	Низький Середній Високий	33 24 43	1 8 91
Діяльний – сформованість професійних умінь і навичок	Система професійних умінь і навичок	Низький Середній Високий	45 20 35	0 8 92
Особистісний – сформованість професійно значущих, особистісних якостей	Особистісні якості: лідерські, комунікативні, організаторські, рефлексії та ін.	Низький Середній Високий	15 30 55	0 6 94

Таким чином, дані пі сумкової оцінки професійних якостей інтернів свідчать про позитивну динаміку. Виховне середовище вищих навчальних закладів має величезний педагогічний потенціал у здійсненні професійної соціалізації інтернів як шляхом застосування нових педагогічних методів, так і шляхом створення позитивної, доброзичливої психологічної атмосфери, сприятливої для підвищення інтерном рівня своїх професійних знань та навичок.

Перспективами подальшої роботи залишаються вдосконалення використання виховного середовища у професійній соціалізації студентів вищих



навчальних закладів, поширення нових педагогічних методів та невідпинне вдосконалення вже існуючих з метою покращення формування професійних якостей майбутніх лікарів у процесі післядипломної освіти.

### Література

1. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1145 «Про поліпшення організації роботи баз стажування лікарів-інтернів».

2. Козярін І.П., Іванно О.П., Дубиніна Т.Є., Сомова Т.Є. Проблеми післядипломної медичної освіти лікарів з питань медицини дитинства // Науково-методична конференція «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: зб. праць. – К., 2007. – С. 173–178.

3. Коджаспирова Г.М. Педагогический словарь: для студентов высш. и сред. учеб. заведений // Коджаспирова Г.М., Коджаспиров А.Ю. – М.: Академия, 2001. – 176 с.

4. М'ясніков В.Г. Безперервний професійний розвиток — наступний крок реформування медичної освіти в Україні// Науково-методична конференція «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: зб. праць. – К., 2007. – С. 34–36.

5. Перцева Т.А., Снисар В.И. Проблема непрерывного медицинского образования в Украине // Науково-методична конференція «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: Зб. праць. – К., 2007. – С. 30–31.

6. Амиров, А.Ф. Кейс-метод в подготовке специалистов сестринского дела / А.Ф. Амиров, И.С. Балякова, Е.А. Яковлева. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2008. – 26 с.

7. Митина, Л.М. Психология развития конкурентноспособной личности / Л.М. Митина. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2002. – 400 с.



# ЗМІСТ

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

**ПРО СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ..... 3**

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

**ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ  
ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ: СУЧАСНІ ВИМОГИ ..... 10**

*Бездетко П.А., Панченко Н.В., Тарануха О.А.,  
Савельєва А.Ю., Мирошник Д.М.*

**ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА  
ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ОФТАЛЬМОЛОГОВ ..... 12**

*Бойко В.В., Макаров В.В., Гончаренко Л.Й.*

**ОСОБЛИВОСТІ ГОЛОСОМОВНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ВИКЛАДАЧІВ  
КЛІНІЧНИХ КАФЕДР МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ ..... 14**

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

**МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ  
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ  
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ..... 19**

*Гончарь М.О., Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г.*

**КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ № 1  
ТА НЕОНАТОЛОГІЇ ШЛЯХОМ МОНІТОРИНГУ ..... 21**

*Гончарь М.О., В'юн В.В., Маліч Т.С.*

**ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАННЯ  
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «НЕОНАТОЛОГІЯ» ..... 24**

*Гопцій О.В., Бизов Д.В.*

**СУЧАСНІ МОДИФІКАЦІЇ ТРАДИЦІЙНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ  
ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ІНТЕРНАТУРІ ..... 25**

*Гуйда П.П.*

**ПОСТТРАВМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:  
УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У КОНТУЖЕНИХ  
І ПРИ ТЕРМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ (ОПІКОВІЙ ХВОРОБІ) ..... 28**

*Гуйда П.П.*

**ПОСТТРАВМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ:  
ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ  
ПОРАНЕННЯХ ..... 31**

*Дащук А.М., Чернікова Л.І.*

**ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ  
НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ» ..... 33**

*Дащук А.М., Чернікова Л.І.*

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ  
ІНТЕРНІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ ..... 36**

*Дащук А.М., Чернікова Л.І.*

**ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ  
«ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА» НА СУМІЖНОМУ ЦИКЛІ  
«ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ  
ТА ХВОРОБ ШКІРИ».....39**

*Журавльов А.С., Луцур А.В., Юревич Н.О., Шушляпина Н.О.*

**ШЛЯХИ АКТИВІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
НА КАФЕДРІ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ХНМУ .....41**

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

**ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 3 .....43**

*Завгородній І.В., Сидоренко М.О.*

**ЕКОЛОГІЧНО ЗУМОВЛЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ПРОБЛЕМИ  
ВИВЧЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДІАГНОСТИКИ .....46**

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

**ДО ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ.....48**

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

**МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ІМІТАЦІЙНОГО МОДЕЛЮВАННЯ  
ПРИ ВИВЧЕННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН .....50**

*Каук О.І.*

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ  
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА ЕТАПІ ДОДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ .....53**

*Кожина А.М., Гайчук Л.М., Черкасова А.А., Стрельникова І.Н.*

**ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПСИХІАТРОВ В УКРАЇНЕ .....55**

*Кожина Г.М., Черкасова А.О., Самардакова Г.О., Сінайко В.М.*

**ІГРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ  
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ .....56**

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

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ  
ГЕПАТИТІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ.....57**

*Кравчун П.Г., Залюбовська О.І., Шушляпін О.І., Добровольська І.М.,*

*Ковальова Ю.О., Сідоров О.П., Ринчак П.І., Крапівко С.О.*

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ,  
ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРСЬКИХ  
ТА НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ.....60**

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Шушляпін О.І., Шумова Н.В., Титова Г.Ю., Добровольська І.М.,*

*Ковальова Ю.О., Риндіна Н.Г.*

**ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО  
ТА МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ .....63**

*Кравчун П.Г., Шелест О.М., Шушляпін О.І., Кожин М.І., Ломакіна О.В., Риндіна Н.Г., Ковальова Ю.О., Сидоров О.П.*

**КЕРІВНИЦТВО РОБОТОЮ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З БОКУ КАФЕДР  
ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ..... 65**

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

**СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ  
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ХІРУРГІЇ ..... 69**

*Кузнецов С.В., Жаркова Т.С., Кучеренко О.О.*

**МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ..... 70**

*Лазаренко К.П., Чеховська І.М., Білера Н.В.*

**ЗНАЧЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК З ОСНОВ ХАРЧУВАННЯ  
ЗДОРОВОЇ ТА ХВОРОЇ ЛЮДИНИ  
У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ..... 71**

*Латишина К.А., Шевченко А.С., Циганок Ю.С., Латишин Д.В.*

**ПРОБЛЕМНІ ЛЕКЦІЇ  
ЯК ІНТЕРАКТИВНИЙ МЕТОД НАВЧАННЯ..... 74**

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

**ДОСВІД УДОСКОНАЛЕННЯ НАВИЧОК ФАРМАКОТЕРАПІЇ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ДИТЯЧОГО ВІКУ ПРИ НАВЧАННІ  
В ІНТЕРНАТУРІ З ПЕДІАТРІЇ ..... 77**

*Малик Н.В.*

**ОКРЕМІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ ГЕРОНТОЛОГІЇ  
СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ..... 78**

*Марковський В.Д., Яковцова А.Ф., Наумова О.В., Борзенкова І.В.*

**ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНА ДІАГНОСТИКА СЕПСИСУ  
В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ..... 81**

*Науменко В.А., Дубовская С.С., Кудінова О.В.*

**ПУТИ ПОВЫШЕННЯ ПРОФЕСІОНАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ  
ВРАЧЕЙ-ІНТЕРНОВ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ..... 83**

*Ольховський В.О., Хижняк В.В.*

**ВДОСКОНАЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ  
НАУКОВО СПРЯМОВАНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ..... 85**

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

**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКА РОБОТА  
КАФЕДРИ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
ЗА ФАХОМ «НЕЙРОХІРУРГІЯ»..... 88**

*Пащенко Ю.В., В'юн В.В., Давиденко В.Б., Межирова Н.М.*

**СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ  
СТОСОВНО ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ..... 90**

<i>Пилипенко М.І.</i> <b>ПРОБЛЕМА ОНОВЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ РАДІОЛОГІВ В УКРАЇНІ .....</b>	<b>91</b>
<i>Соколова І.І., Денисова О.Г., Стоян О.Ю.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ІНТЕРНА.....</b>	<b>96</b>
<i>Спузяк Р.М., Степанов Е.П.</i> <b>КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ .....</b>	<b>99</b>
<i>Спузяк Р.М., Степанов Е.П.</i> <b>МІСЦЕ ТА РОЛЬ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ .....</b>	<b>101</b>
<i>Товажнянська О.Л., Некрасова Н.О., Каук О.І., Марковська О.В., Соловійова Є.Т., Самойлова Г.П.</i> <b>МОЖЛИВОСТІ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ .....</b>	<b>103</b>
<i>Тучкіна І.О., Гузь І.А., Демиденко О.Д., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В., Тисячка Г.М., Меренкова І.М., Покришко С.В., Рубінська Т.В., Рогачова Н.Ш.</i> <b>СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» .....</b>	<b>104</b>
<i>Хижняк А.А., Соколов А.С., Науменко В.А.</i> <b>ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ, ІНТЕГРАЦІЯ ТА ІНДІВІДУАЛІЗАЦІЯ ЯК ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ» .....</b>	<b>105</b>
<i>Чумаченко Т.О.</i> <b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-КЛІНІЦІСТІВ В ІНТЕРНАТУРІ .....</b>	<b>107</b>
<i>Шапкін В.Є.</i> <b>ВИКЛАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ГЕРОНТОЛОГІЇ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ.....</b>	<b>110</b>
<i>Шевченко О.С., Погорєлова О.О.</i> <b>ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ .....</b>	<b>111</b>



НАУКОВЕ ВИДАННЯ

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

Матеріали 42-ї науково-методичної конференції з інтернатури

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.