

**Вінницький національний медичний університет
імені М.І.Пирогова
Міністерство охорони здоров'я України**

**ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА- СІМЕЙНА
МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО
«НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ
МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ**

Тези доповідей
методичної конференції
24 квітня 2013 року

УДК: 614.25: 378. 147

ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ

Тези доповідей
методичної конференції
м. Вінниця, 24 квітня 2013 року

Редакційна колегія: В. М. Мороз (головний редактор)
Ю.Й. Гумінський (відповідальний редактор)
Л. В. Фоміна

Відповідальний за випуск: А.М.Гулевич

“Наскрізна програма” підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів МОЗ України окреслила основні шляхи вдосконалення навчально-методичного забезпечення підготовки лікарів загальної практики, зокрема впровадження базового реєстру практичних навичок та методик, необхідних для роботи на посадах лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”, як важливої складової покращання практичної підготовки лікарів первинної ланки медико-профілактичної допомоги населенню.

Збірник розрахований на всіх працівників медичної галузі.

© Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, 2013

Мороз В.М., Гумінський Ю.Й., Фоміна Л.В., Полеся Т. Л
**ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ
ОСВІТИ У ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА**

Згідно з концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, яку затверджено Указом Президента, пріоритетним напрямком у реформуванні системи охорони здоров'я є забезпечення права громадян на якісне медичне обслуговування згідно вимогам європейської спільноти. Правове підґрунтя для реформування медичної галузі закладено у постанові Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 року №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я». Процес реформування первинної медико-санітарної допомоги набув незворотного характеру та істотного динамізму. Як відомо, Вінницька область включена у проект щодо проведення реформування системи охорони здоров'я. Законом встановлюється, що пілотний проект для реформування системи охорони здоров'я передбачає проведення протягом 2011-2014 років структурно-організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування у пілотних регіонах, що дасть змогу підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості; впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах та їх фінансового забезпечення. Реалізація пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я передбачає розмежування первинного, вторинного і третинного рівня медичної допомоги. Для надання первинної медичної допомоги в Україні сьогодні є два шляхи підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини. Перший – підготовка інтернів сімейної медицини з випускників спеціальності «Лікувальна справа» та другий – перенавчання фахівців на циклах спеціалізації. В цьому аспекті, реформування до - та післядипломної підготовки лікарів в Україні передбачає приведення медичної освіти у відповідність до державних і міжнародних стандартів. Відомо, що в теперішній час проходять значні зміни в системі охорони здоров'я, пов'язані з реформуванням її, створенням 3 рівнів надання медичної допомоги населенню України. Реформування порядку організації медичного обслуговування населення в Україні потребує зміни підходів до підготовки майбутніх лікарів. Реформування медичної галузі на сучасному етапі переслідує два шляхи: наближення медичного обслуговування безпосередньо до пацієнта по принципу сімейної медицини, скорочення об'єму стаціонарного лікування і обслуговування лікарями вузьких спеціальностей, зміна організації роботи реєстратури по типу персонального спілкування з пацієнтом. У більшості країн людиною, до якої в першу чергу приходять пацієнт, є сімейний лікар. Він повинен бути не просто кваліфікованим професіоналом і добрим діагностом, а й також у 70-80% випадків надавати медичну допомогу в своєму кабінеті, не направляючи пацієнта на другий - третій рівні більш спеціалізованої медичної допомоги.

Слід відмітити, що реформи у галузі медицини співпадають в часі з державною програмою реформування вищої освіти (в тому числі й вищої медичної освіти) згідно підписаним Україною Болонській декларації. Головним напрямком державної політики є постійне підвищення якості освіти, оновлення її змісту та форм організації навчально-виховного процесу, розвиток освіти, як державно-суспільної системи; піднесення вищої освіти України до рівня вищої освіти європейських країн та інтеграції її у міжнародне науково-освітнє співтовариство. Реформування медичної вищої освіти полягає у коадаптації національної та європейської систем вищої освіти, що має оптимізувати якість підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог. Згідно наказам МОН та МОЗ України з 2005-2006 навчального року у всіх вищих навчальних медичних закладах впроваджено кредитно-модульну систему навчання (КМС), як одну з форм реалізації основних положень Болонських угод. Основою КМС є модульне викладання дисциплін, надання кредитів дисциплінам та зарахування їх успішним студентам, рейтингова система оцінювання знань студентів за шкалою ECTS та конвертація оцінки в традиційну систему за чотирибальною шкалою. Разом з цим згідно наказу МОН України від 16. 10. 09 року № 943 та листу МОН України № 1/9-119 26.02.10 року у всіх вищих навчальних закладах України запроваджена Європейська кредитно-трансферної система (ЄКТС), метою якої є забезпечення якості вищої освіти та інтеграція національної системи вищої освіти в європейське та світове освітнє співтовариство. Особливу роль у проведенні реформи охорони здоров'я в напрямку науково-методичного забезпечення та підготовки професійних кадрів відіграють вищі навчальні медичні заклади, і зокрема Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. Згідно програмам у світлі кредитно-модульної системи організації навчального процесу виробничу практику студенти 4 та 5 курсів повинні були проходити впродовж навчального року на клінічних базах лікарень. Враховуючи специфіку проходження виробничої практики, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова виступив ініціатором повернення виробничої лікарської практики для студентів 4 та 5 курсів по закінченні весняного семестру. Професорсько-викладацьким складом фахівців з клінічних кафедр запропоновані та розроблені та надані в ЦМК МОЗ України пропозиції при створенні Типової програми з проведення виробничої практики. Відповідно до провадження медичної реформи 6 квітня 2011 року ЦМК МОЗ України була затверджена «Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Згідно Пояснювальної записки більшість випускників ВМНЗ України недостатньо ознайомлені із специфікою практичної роботи лікаря «Загальної практики – сімейної медицини». У «Пояснювальній записці...» рекомендується контролювати практичні навички насамперед шляхом перевірки медичної документації, їх захистом, а також задачею практичних навичок на фантомах та хворих. До складу 221 пунктів

«Переліку практичних навичок та методик, якими повинні оволодіти студенти медичних факультетів та інтерни» входять опанування практичних методик та навичок майже з всіх дисциплін клінічного профілю – «Організація охорони здоров'я», «Внутрішні хвороби», «Дитячі хвороби», «Акушерство і гінекологія», «Хірургія», «онкологія». «Офтальмологія», «Отоларингологія», «Стоматологія», «Нервові хвороби і нейрохірургія», «Психіатрія», «Інфекційні хвороби», «Фтизіатрія», «Дерматологія», «Реанімація та інтенсивна терапія на догоспітальному етапі» тощо. В «Програмі...» вказано також ступінь оволодіння практичними навичками та методиками як на додипломному, так і на післядипломному етапах (для студентів та лікарів-інтернів). Згідно «Наскрізній програмі...» на всіх відповідних кафедрах клінічного профілю викладачами створений величезний обсяг методичної та навчальної літератури: банки тестових завдань, ситуаційні задачі, електронні посібники, комп'ютерні навчальні програми, на оновлених сайтах кафедр розміщені всі необхідні методичні матеріали для самостійної підготовки студентів. Регулярно щороку для покращення знань студентів провідними викладачами-фахівцями проводяться консультації щодо підготовки до Ліцензійних іспитів «Крок-1», «Крок-2», «Крок-3». Вкрай важлива проблема виявилась у відсутності університетської клініки, де студенти та інтерни разом з викладачами мали б змогу удосконалювати оволодіння практичними навичками та підвищувати свій кваліфікаційний рівень. Для подальшої оптимізації підготовки майбутніх сімейних лікарів Вченою радою університету затверджено з 2012-2013 н. р. впровадження на кафедрах класичних комісійних іспитів для дисципліни, що входять до контролю ліцензійних тестових іспитів «Крок-1» та «Крок-2» . Виробнича лікарська практика для студентів 4 та 5 курсів проводиться в стаціонарах лікарень впродовж 4 тижнів в літній період та складає 6 кредитів (180 год). З метою покращення практичної підготовки випускників та оптимізації методики опанування практичних навичок ректорату університету разом з деканатом факультету і профілюючими кафедрами надано завдання спрямувати зусилля на організацію і відкриття університетської аптеки, а також спрямувати зусилля на організацію і відкриття університетської клініки, де майбутні сімейні лікарі змогли би відпрацьовувати на практиці набуті з фаху знання та навички. Завданням університету є також покращення відповідного матеріально-технічного оснащення кафедр зі збільшенням навчальних площ, запровадження на кафедрах сучасних тренажерів (у т.ч. комп'ютерних тренажерів), муляжів, стендів, фантомів, імітаторів для діагностики, лікування та профілактики, Інтернет-технологій з наданням пріоритету загальній практиці – сімейній медицині; з метою кращої підготовки спеціалістів-стоматологів забезпечити відкриття університетської стоматологічної поліклініки, як науково-навчального та лікувально-методичного центру. Профільні методичні ради та випускаючі кафедри університету постійно вдосконалюють робочі програми з профільних дисциплін відповідно до вимог проведення практично-орієнтованих іспитів (покращена якість контрольних завдань, які надаються в ДЕК; оптимізовано оцінку знань та практичних

навичок випускників (в балах); покращена клінічна підготовка під час проведення практичних занять та організації підконтрольної СРС; клінічні кафедри більше приділяють увагу оволодінню студентами практичними навичками та професійними вміннями, особлива увага акцентується на діагностику невідкладних станів та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі у дорослих і дітей згідно стандартів та протоколів МОЗ України. Деканатами факультетів проводиться постійний моніторинг успішності студентів у академічних групах та щорічний ретельний аналіз результатів складання ліцензійних інтегрованих іспитів “Крок - 1” та “Крок - 2” академічними групами та їх відповідності результатам поточного та підсумкового модульного контролю. Процес підготовки будь-якого спеціаліста, а особливо лікаря складний і тривалий. Поставлена ціль в навчальному ланцюгу “викладач – студент” буде досягнута за одних простих умов - бажання викладача надавати знання і передавати свій досвід, а студента – бажання і натхнення до навчання і праці; а також створення відповідних умов праці, як для викладача, так і для студента. Таким чином, у світлі формування майбутнього сімейного лікаря інтеграція базових дисциплін (як теоретичного так і клінічного профілю) в до- та післядипломну медичну освіту є одним із шляхів підвищення кваліфікаційного рівня як майбутнього, так і вже сформованого лікаря. Сімейний лікар повинен мати широкі знання з різноманітних галузей медицини і охорони здоров'я: основи законодавства, нормативно-правові документи, організація лікувально-профілактичної допомоги, принципи і методи диспансеризації, організаційно-економічні засади діяльності лікувальних закладів і медпрацівників в умовах бюджетно-страхової медицини, етіологію, патогенез, клініку і лікування основних захворювань, надання невідкладної допомоги. Сімейний лікар повинен надавати кваліфіковану допомогу за своїм фахом, використовуючи сучасні методи діагностики, лікування, реабілітації і профілактики, своєчасно діагностувати і лікувати захворювання в амбулаторних умовах, денних і домашніх стаціонарах в межах своєї компетенції, своєчасно направляти хворих для одержання допомоги у випадках, які виходять за рамки його компетенції, організувати госпіталізацію планових і ургентних хворих (Примірне положення про лікаря загальної практики - сімейної медицини, пункт 7). В умовах пілотного реформування медицини сімейні лікарі мають забезпечити більшість медичних потреб пацієнтів, тому до – та післядипломна підготовка лікарів повинна включати вивчення сучасних методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики основних захворювань, надання невідкладної допомоги. На жаль, випускники медичних вузів недостатньо володіють теоретичними і прикладними аспектами практичних навичок та професійних вмінь набутих впродовж навчання. В умовах реорганізації методики післядипломної підготовки лікарів особлива роль відводиться освіті інтернів, яка має бути адаптована до нових реалій з метою найбільш ефективної інтеграції в практичну охорону здоров'я.

Висновки. Основною метою реформування сучасної медицини є покращення стану здоров'я населення за рахунок удосконалення якості та

доступності медичної допомоги. Одночасно реформування медичної освіти - це практично єдина можливість з боку держави надати кожному громадянину нашої країни сучасну медичну допомогу, а відносно студентів – здобути освіту світового рівня, стати конкурентоспроможним фахівцем та мати можливість вибору місця праці у будь-якій країні. Успіх реформ залежить від правильного підходу до їхнього проведення. Основні проблеми медичної освіти в Україні на сьогодні – це зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації певних категорій студентів і викладачів до самовдосконалення; відсутність університетських клінік; невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів і таке інше. Впровадженню позитивних змін також перешкоджають законодавство, низьке фінансування вищої школи, високий рівень педагогічного навантаження на викладача, тощо. Слід відмітити, що реформування підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до вимог Болонської декларації є важливою необхідністю сьогодення в підготовці лікарів «Загальної практики-сімейної медицини» вищого гатунку, спроможними в своїй діяльності надати відповідну, адекватну і кваліфіковану допомогу населенню, насамперед нашої держави, на різних етапах ланок лікарської діяльності.

Антонець В.А.

Шляхи оптимізації підготовки майбутніх сімейних лікарів на кафедрі педіатрії №1

Відомо, що в теперішній час проходять значні зміни в системі охорони здоров'я, які пов'язані з її реформуванням. Любе реформування є складним процесом. Однак, реформування медичної освіти - це практично єдина можливість з боку держави надати кожному громадянину нашої країни сучасну медичну допомогу, а відносно студентів – здобути освіту світового рівня, стати конкурентоспроможним фахівцем та мати можливість вибору місця праці у будь-якій країні.

Реформа запроваджує п'ять рівнів медичної допомоги: первинну - допомога лікаря загальної практики - сімейного лікаря за місцем проживання в центрах первинної медичної допомоги (амбулаторіях); вторинна - лікування вузькопрофільними спеціалістами в консультативно-діагностичних центрах; третинна - лікування складних хвороб у вузькоспеціалізованих установах; екстрена - у разі загрози життю через травми, серцево-судинні хвороби, тощо; паліативна - допомога та полегшення страждань пацієнта на останніх стадіях невиліковних хвороб.

Згідно даних світової статистики, близько 80% всіх проблем, пов'язаних зі здоров'ям, в розвинених країнах сьогодні вирішується в первинній ланці охорони здоров'я без направлення на більш дорогі етапи вторинної і третинної допомоги. Вирішити ці проблеми і реалізувати їх частково на практиці повинен лікар нової для України формації – лікар загальної практики – сімейний лікар.

Вже з самої назви спеціальності стає очевидним необхідність широкого медичного кругозору таким фахівцям. І однією з важливих складових діяльності цих лікарів є розуміння та володіння питаннями педіатрії. Важливість цього напрямку практичної діяльності лікарів загальної практики зумовлена насамперед тим моментом, що в своїй повсякденній роботі вони стикаються з дитячим контингентом населення, який є невід'ємною складовою кожної повноцінної сім'ї.

На наш погляд, важливим етапом забезпечення галузі лікарськими кадрами є підготовка кваліфікованих фахівців, тому її й потрібно розпочинати саме із студентів, майбутніх лікарів.

Розвиток клінічного мислення лікарів здійснюється нами під час клінічних розборів хворих і вирішення ситуаційних задач. На нашій кафедрі підготовлений пакет тестових завдань та ситуаційних задач, який включає найбільш часті та проблемні ситуації в практиці лікаря загальної практики саме з педіатрії. У процесі підготовки лікарів проводимо опрацювання протоколів лікування, затверджених МОЗ України. Враховуючи специфіку роботи сімейних лікарів з надання амбулаторної допомоги дитячому населенню, спрямованої в першу чергу на профілактику захворювань, особлива увага приділяється питанням догляду і виховання здорової дитини згідно Наказу МОЗ України № 149, зокрема, організації раціонального вигодовування, оцінці психомоторного розвитку, сучасним підходам до оцінки фізичного розвитку дітей, організації і проведенню профілактичних щеплень.

Крім того, акцент робиться на тих реальних ситуаціях і питаннях, з якими зустрінуться сімейні лікарі у майбутній практичній роботі: засвоєнню принципів надання невідкладної допомоги.

Сімейний лікар повинен надавати кваліфіковану допомогу за своїм фахом, використовуючи сучасні методи діагностики, лікування, реабілітації і профілактики, своєчасно діагностувати і лікувати захворювання в амбулаторних умовах, своєчасно направляти хворих для одержання допомоги у випадках, які виходять за рамки його компетенції, організовувати госпіталізацію планових і ургентних хворих.

Бабійчук Н.Ф., Ковальчук В.В., Ромашкіна О.А.

Всеукраїнський конкурс студентських наукових робіт з природничих, технічних і гуманітарних наук як спосіб формування творчого покоління молодих науковців.

Сучасна молодь – цілеспрямована, потужна, генеруюча цікаві ідеї частина нашого суспільства. Студентство ВНМУ ім. М.І.Пирогова не є виключенням з цього правила, часто дискусійного. Активно проявляючи свою життєву позицію, самостверджуючись як особистості і як майбутні фахівці, за час навчання в університеті студенти стоматологічного факультету є активними учасниками науково-практичних конференцій, олімпіад і конкурсів студентських наукових робіт.

Якраз з метою підтримки обдарованої студентської молоді, створення умов для її творчого зростання, активізації науково-дослідної роботи студентів щорічно проводиться Всеукраїнський конкурс студентських наукових робіт з природничих, технічних і гуманітарних наук, затверджений наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України.

Студенти стоматологічного факультету, навчаючись на кафедрі ортопедичної стоматології, не залишають поза своєю увагою цю подію, а навпаки, активно стимулюють кураторів науково-практичних проєктів. Мотивацією до посиленої роботи над означеними темами і участю у Всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт є реалізація власних здобутків, напрацювань і наукових амбіцій через прозору і незаангажовану систему оцінювання. Насамперед студенти відзначають високий рівень об'єктивності, відсутність персонального втручання і лобювання певних особистих інтересів. Об'єктивність досягається за рахунок проведення двох турів конкурсу, кодування і анонімності робіт вже на початку проведення. Перший тур проходить у вищих навчальних закладах III – IV рівнів акредитації, другий тур - у вищих навчальних закладах, визначених як базові, і він проводиться у два етапи: перший етап - заочний (рецензування робіт), другий етап - очний (науково-практична конференція). Важливим є той факт, що для оцінювання робіт у другому турі створюється галузева конкурсна комісія відповідно до напрямку виконання робіт. Надзвичайно позитивним є те, що до складу галузевих конкурсних комісій входять не тільки науково-педагогічні працівники вищого навчального закладу, у якому проводиться другий тур, а й представники інших вищих навчальних закладів, наукових установ, підприємств, громадських організацій, що робить систему оцінювання дуже демократичною. Слід відмітити, що наукові роботи не подаються на рецензування до вищих навчальних закладів, у яких навчаються їх автори, і ця особливість дає змогу авторам отримати незалежну зовнішню оцінку роботи, проаналізувати можливі корекції і особливу думку.

Працюючи зі студентами на кафедрі ортопедичної стоматології в межах наукового студентського гуртка (голова - Ковальчук В.В.), ми активізуємо науково-дослідну роботу студентів, розвиваємо обдарованих студентів, сприяємо реалізації їх здібностей. Наша діяльність в цьому напрямку стимулює творче самовдосконалення студентської молоді. Всі ці та багато поточних завдань ми виконуємо в унісон до завдань Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук, в якому приймаємо участь.

На сьогодні - в активі тільки дипломи учасників, а не переможців конкурсу. Проте навіть такий досвід надихає як студентів, так і викладачів, і є надзвичайно важливим і необхідним для формування творчого покоління молодих науковців та практиків для різних галузей стоматології, пропаганди досягнень науки, техніки та інноваційних технологій.

Байгузіна І.Ч., Демченко М.І., Кондратюк А.І., Кривоніс Т.Г.
Вивчення циклу психологічних дисциплін, як основа формування професійно-орієнтованих особистісних якостей лікаря загальної практики

У психологічній науці та практиці все частіше виникає необхідність в проведенні прикладних експериментальних досліджень, спрямованих на вивчення специфічних психологічних якостей, що визначають рівень морального розвитку особистості та можуть розглядатися як професійно орієнтовані. Велике значення для ефективного формування моральних основ особистості лікаря загальної практики, формування у нього гуманного ставлення до інших людей має емпатія. Емпатійні почуття виникають як відгук на переживання іншої людини, яка перебуває поруч, спонукають до усвідомлення необхідності дотримання норм, що регулюють стосунки з іншими людьми. Проте в сучасній літературі залишається мало даних стосовно ролі та місця емпатії, як психічного утворення в структурі мотиваційної сфери людей різних професійних спрямувань і, зокрема лікарів.

Нами було проведено психологічне дослідження серед студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова з метою визначення у них структури мотиваційної сфери. В нашому дослідженні ми висловлювали гіпотезу стосовно того, що рефлексивні та емпатичні механізми є складною та суперечливою єдністю позиції фахівця, наявність яких забезпечувала б ефективність надання не лише медичної допомоги, а й здійснення психологічного супроводу та психологічної підтримки.

Отримані результати свідчать про те, що раціональний канал емпатії, який характеризує здатність до спрямування уваги, сприйняття та мислення на розуміння сутності стану іншої людини, істинних мотивів її поведінки та проблем, присутній лише у 10 % досліджуваних як серед осіб чоловічої статі, так і у жінок. Деякі вищі результати виявились у осіб жіночої статі за показниками емоційного каналу (20 %) та інтуїтивного каналу емпатії (40%). У чоловіків ці показники залишились на рівні 10 %. Тривожить той факт, що група чоловіків продемонструвала значне підвищення за шкалою установочних факторів, що перешкоджають емпатії (40 %). Це свідчить не лише про те, що у цих осіб є негативна установка на необхідність виявлення емпатії, а й чітка тенденція до уникнення особистих контактів, вони вважають недоречним виявляти цікавість до інших людей, мають чітко сформоване переконання щодо необхідності спокійно ставитись до переживань і проблем оточуючих. Подібні погляди значною мірою обмежують діапазон емоційної чуйності та емпатичного сприйняття.

На нашу думку ці результати можна розглядати як тривожний факт з точки зору майбутньої професії лікаря, що передбачає необхідність вирішення широкого аспекту завдань. Лікареві доводиться здійснювати аналіз психічної сфери хворого з урахуванням характеру соматичного захворювання, що виникло, та особливостей соціально-психологічної структури особистості

пацієнта. Професійна взаємодія лікаря та пацієнта повинна ґрунтуватися на глибокому усвідомленні та розумінні індивідуально-психологічних, статевих, вікових відмінностей пацієнтів. Сприйняття людини як біосоціальної істоти дозволить майбутньому лікарю не тільки оптимізувати процес діагностики, але й підвищити ефективність лікувальних та психотерапевтичних впливів.

На нашу думку, певною мірою, у вирішенні завдання щодо формування професійно-орієнтованих рис особистості, що сприяли б підвищенню якості роботи лікаря може сприяти процес гуманізації освіти в медичних вузах. Включення до програми вищих медичних закладів циклу психологічних дисциплін не лише забезпечить розширення об'єму знань, але й допоможе формуванню у майбутнього лікаря глибинного розуміння своєї професії, надасть широку орієнтацію в багатьох аспектах її специфічності. Знання основ психології сприятиме вдосконаленню у студентів пізнавальних процесів в плані формування клінічного мислення, розвитку оперативної пам'яті, аналітичних здібностей, психоемоційної аутокорекції у повсякденній роботі та при екстремальних ситуаціях.

Знання основних закономірностей психічної діяльності дозволить лікареві грамотно аналізувати діагностичний та лікувальний процес, а у своїй професійній діяльності адекватно реагувати та корегувати свої особистісні якості та психоемоційні стани.

У відповідності щодо перебудови системи вищої медичної освіти, в структурі підготовки лікаря загальної практики уже є навчальний предмет, провідною функцією якого в системі наукових знань є синтез та інтеграція наукових дисциплін, об'єктом вивчення яких є людина. Пізнання лікарем психології хворого, розкриття психосоматичних кореляцій дозволить індивідуалізувати систему профілактичних заходів, включаючи навчання хворого оптимальним варіантам саморегуляції свого самопочуття. З огляду на специфіку роботи лікаря загальної практики, а також у світлі перспектив реформування системи охорони здоров'я, аналізуючи об'єм повноважень сімейного лікаря, на нашу думку варто розширити тематику питань в рамках курсу психології, доповнивши їх, зокрема питаннями з курсу вікової психології.

Башинський Г.П., Башинська О.І.

Деякі питання організації учбового процесу при підготовці сімейного лікаря

Розвиток сімейної медицини в Україні є незворотнім процесом. Пілотний проект започаткований в окремих областях України, набирає в останній час все більше обертів, та в недалекому майбутньому охопить усю країну. Зазначимо, що завдяки роботі інституту сімейної медицини країн Північної Америки, що передбачає ефективну профілактику та діагностику стану пацієнтів, тривалість життя в цих країнах в середньому на 15 років більша ніж в Україні. Вважається, що за сімейною медициною майбутнє. Чому? Тому що це зручно і ефективно. Сьогодні за кордоном на рівні сімейної

медицини вирішується близько 80-90% усіх випадків звернень до лікаря. Лідируючі позиції європейських країн у рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я підтверджують ефективність такої організації медичної допомоги. Тобто, ця система довела свою ефективність. На процес становлення сімейного лікаря впливає багато чинників. Теоретичну підготовку, яка надається на перших курсах кафедрами анатомії, фізіології та іншими - важко переоцінити. Саме ці структури медичних університетів формують теоретичну базу, без якої неможливо формування фахівця сімейної медицини. Знання нормальної анатомії, розуміння фізіологічних процесів, які відбуваються в організмі людини в нормі та при патології допоможуть не тільки своєчасно поставити діагноз, але й призначити адекватне лікування. Тому, з першого курсу вивчаючи анатомію хребта, студент має розуміти, що це йому знадобиться для лікування такої розповсюдженої патології як остеохондроз. В цьому аспекті, викладачі мають наводити клінічні приклади, які мають формувати клінічне мислення майбутнього лікаря. Зацікавити студента, надати практичному заняттю певного забарвлення для кращого засвоєння матеріалу – ці моменти мають бути пріоритетом в щоденній праці викладача.

За порадою до сімейного лікаря звертається з будь-якого медичного питання кожен член сім'ї незалежно від статі і віку. На рівні сімейного лікаря вирішується більше 80% всіх випадків звернення до лікаря, тобто, з п'яти пацієнтів, які звернулися чотирьом не знадобиться ніякий інший фахівець. Сімейний лікар наглядає за пацієнтом від моменту народження і протягом усього життя, спостерігаючи за формуванням, як фізичного здоров'я, так і за формуванням особистості людини, завдяки чому може виявити будь-яке захворювання на ранніх етапах його розвитку і вчасно призначити необхідне обстеження та лікування, або призначити консультацію вузького спеціаліста. Взагалі, традиція звертатися за медичною допомогою до одного й того ж лікаря протягом багатьох років дає можливість сімейному лікарю спостерігати за розвитком і здоров'ям дитини від її народження, регулярно оцінювати її загальний розвиток, враховувати її індивідуальні особливості. Таким чином лікарю набагато легше попередити виникнення хвороб у малюка. В цьому аспекті при підготовці фахівців сімейної медицини треба враховувати вікові особливості анатомії та фізіології новонароджених, дітей та дорослих. Найголовніша перевага спеціальності сімейного лікаря полягає в тому, що, на відміну від дільничного терапевта, він може комплексно оцінити стан здоров'я всієї родини та кожного її члена. Спостерігаючи за станом здоров'я всіх членів родини протягом тривалого часу, сімейний лікар може не тільки вчасно побачити захворювання, а й попередити його. Це дуже важливо не тільки для лікаря, а й для пацієнтів. Наприклад, коли хворіє вся сім'я, пацієнтам набагато зручніше зробити всього один виклик і не чекати на різних лікарів для дітей та дорослих.

Сімейний лікар ставить діагноз та в разі необхідності направляє пацієнта до вузькопрофільного спеціаліста. Так би мовити, формує «маршрут» пацієнта. Раніше такого не було і замість того, щоб відразу почати лікування, пацієнт витрачав багато часу на відвідування спеціалістів, на те, щоб йому поставили діагноз тощо. А в медицині, час — один з головних чинників. На клінічних кафедрах під час проведення практичних занять викладач має розглядати тему керуючись тим, що перед ним знаходиться переважна більшість майбутніх сімейних лікарів. Тому, викладач має побудувати заняття таким чином, щоб максимально розібрати всі питання з якими через декілька років буде працювати сімейний лікар. Насамперед це стосується питань діагностики, та надання першої лікарської допомоги при невідкладних станах.

Беднарчик Т.Р.

Проблеми охорони здоров'я в тематиці філософських дисциплін університету

Актуальність вивчення філософії студентами-медиками традиційно обґрунтовується необхідністю оволодіння методологією наукового пізнання. Це завдання курсу є визнаним у системі вищої освіти. Проте специфічна медична тематика включена до питань, які розглядаються на семінарських заняттях. Зокрема, в курсі “Філософія” студентам пропонується написання творчих робіт наступного змісту: вчення Платона про тіло і душу та сучасна психосоматика; суперечка про універсалії і сучасна проблема постановки діагнозу; Парацельс і сучасна альтернативна медицина; Ф.Бекон про природничу філософію медицини та евтаназію; апріоризм І.Канта і сучасна медична діагностика; методологічне значення законів і категорій діалектики для медицини. Вивчення особистості, з'ясування стану ментального здоров'я людини і соціума поєднує сучасну філософію та психологію. Частина ситуативних задач курсу стосується діагностичного процесу, питань деонтології та соціальних причин зростання рівня певних захворювань. Тематика занять з логіки також актуалізована прикладами застосування її законів та правил у медичній діяльності.

Вивчення стану системи охорони здоров'я та заходів щодо їх розв'язання займає важливе місце у курсі “Етичні проблеми в медицині”. Цей предмет надає унікальну можливість продемонструвати фахове розуміння проблем охорони здоров'я відповідними спеціалістами та дослідити їхнє відображення у суспільній свідомості. При чому визнається як можливість помилок чи порушень з боку медпрацівників, організаторів і виконавців реформ у сфері охорони здоров'я, так і низький рівень культури догляду за власним здоров'ям пацієнтами, упередженість щодо нових методів лікування. Одним із ключових понять, яке розкривається перед студентами, є завоювання довіри. Це, насамперед, довіра у відносинах “лікар — пацієнт”, та соціальна довіра до медицини.

Конкретний зміст основних проблем охорони здоров'я розкривається при вивченні тем, які максимально наближені до практичної діяльності

медпрацівників. Зокрема, це деонтологія в терапії, онкології, педіатрії, хірургії та психіатрії. На заняттях студенти намагаються осмислити успіхи вітчизняної медицини та конфліктні ситуації, типові претензії суспільства до системи охорони здоров'я.

Згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, яка була затверджена Указом Президента, розвиток інституту сімейної медицини визначено стратегічним напрямком у реформуванні галузі. Проте в типовій навчальній програмі з “Етичних проблем в медицині” ця тема залишилася поза увагою. Кафедра філософії та суспільних наук готова внести зміни до робочої навчальної програми щодо приділення належної уваги цій актуальній проблемі вітчизняної медицини.

Бондар С.А., Луцюк М.Б., Гармаш Л.Л., Наліжитий А.А.,
Качула С.О., Пічкур О.М.

Еферентна терапія шкірних хвороб в практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини

Мета «Наскрізної програми» підготовки студентів та лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» (ЗП-СМ) - покращити засвоєння практичних навичок та методів лікування поширених серед населення хвороб, у тому числі деяких захворювань шкіри, Лікар ЗП-СМ має засвоїти необхідні методи сучасних досліджень, алгоритми обстежень, проводити ранню діагностику, складати план лікування відповідно до стандартів доказової медицини, планувати поетапну профілактику, володіти методами надання необхідної невідкладної допомоги в обсязі лікаря сімейної медицини.

На сьогоднішній день не до кінця з'ясовані питання етіології та патогенезу багатьох захворювань шкіри, а також мінливість їх клінічних проявів, обумовлених зміною імунобіологічної реактивності організму хворих, що суттєво впливає на недостатню ефективність низки методів та засобів, які традиційно застосовують для лікування цих захворювань. Виявлені порушення обумовлюють необхідність пошуку патогенетично обґрунтованих методів лікування.

В умовах негативної екологічної ситуації заслуговують на підвищену увагу причини та механізми ендогенної інтоксикації (ЕІ) в механізмі патогенезу ряду дерматологічних захворювань, особливо дерматозів. В теперішній час ЕІ розглядають в рівень із такими універсальними біологічними реакціями, як запалення, стрес, алергія. Так, при дерматозах ЕІ обтяжує перебіг основного захворювання і сприяє проявам резистентності до проведеної терапії, у тому числі внаслідок блокування багатьох функцій мембран.

В зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією та зростанням розповсюдженості захворювань шкіри в останні роки велика увага приділяється методам еферентної і особливо сорбційної терапії, які є елементами ендоекологічної реабілітації та корекції. При цьому виникає

можливість виходу з хибного кола, що супроводжує ці захворювання і тому є сучасним та перспективним напрямком лікувально-профілактичної допомоги даній категорії хворих на всіх етапах терапевтичних заходів (поліклініка, стаціонар, санаторій).

Ентеросорбція та інші методи еферентної терапії є доступною, ефективною, апріорі безпечною та екологічно оправданою процедурою, бо не супроводжується хімічним забрудненням організму, навпаки, приводить до виведення з організму численних токсичних продуктів екзо- та ендogenous походження, тобто є дезінтоксикаційним способом лікування. В матеріалах вказаної «Наскрізної програми» методи еферентної терапії також займають певне, хоча, на наш погляд, і недостатнє місце. Так, включені навички та методики, направлені на зниження рівня токсемії:

- техніка очищення кишківника (гіпертонічна, очисна і сифонна клізми, пальцеве очищення прямої кишки);
- надання невідкладної допомоги дітям (гострі алергози, кишковий токсикоз, тощо);
- невідкладна допомога при алкогольному та наркотичному отруєнні;
- введення у шлунок зонду, промивання шлунка;
- проведення ентеросорбції;
- діагностика і надання першої медичної та лікарської допомоги при гострих отруєннях, гострій печінковій недостатності, тощо.

Застосування лікарем ЗП-СМ більш широкого спектра методів та засобів еферентної терапії буде сприяти удосконаленню та покращенню надання першої медичної та лікарської допомоги, у тому числі за тих шкірних хвороб, що супроводжуються вираженим ендотоксикозом.

Бондар С.А., Гармаш Л.Л., Псюк С.К., Пархоменко І.Л., Бельц С.Е.

Шляхи покращання засвоєння практичних навичок та методик з дерматовенерології, що застосовуються у практичній діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини

Серед структурних змін у наданні медичної допомоги в Україні первинна медико-санітарна допомога є пріоритетною, так як без якісної підготовки на всіх етапах становлення лікаря загальної практики – сімейної медицини та відповідної мотивації, неможливо здійснити реформування первинної медико-санітарної допомоги.

Мета наскрізної програми покращити засвоєння практичних навичок та методик з дерматовенерології, що застосовуються у практичній діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ).

Практичні заняття з дерматовенерології проводять на клінічній базі кафедри (в поліклініці та відділеннях диспансеру, в поліклініці центральної районної лікарні, навчально-практичних центрах первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторіях сімейного лікаря).

Методика організації практичних занять з дерматовенерології передбачає:

- зробити лікаря-інтерна ЗП-СМ учасником процесу надання медичної допомоги пацієнту з дерматовенеричними захворюваннями, вміти працювати в команді лікарів – учасників надання медичної допомоги;
- сформувати відповідальне відношення лікаря ЗП-СМ, як фахівця з багатьох питань медицини, в тому числі з дерматовенерології, за рівень своєї підготовки та вдосконалення її протягом спочатку навчання, а потім подальшої професійної діяльності;
- при цьому необхідно робити акцент на формуванні навичок, вмінь оцінювати стан здоров'я пацієнта та всіх членів його сім'ї, виявляти ранні відхилення в ньому з дерматологічних питань, пов'язуючи з сприяючими факторами ризику в сім'ї та довкіллі;
- навчити лікаря-інтерна ЗП-СМ складати програми ведення амбулаторних хворих дерматовенеричного профілю з урахуванням трьохетапності надання медичної допомоги;
- навчити проводити диспансеризацію здорових із питань профілактики дерматовенеричної патології та хворих, складати групи і планувати спостереження;
- навчити лікаря ЗП-СМ організувати для пацієнта дерматологічного профілю «стаціонар на дому» з метою раннього та адекватного ведення цих пацієнтів згідно чинних вимог первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД);
- знати принципи реабілітації та вміти проводити санаторно-курортний відбір серед пацієнтів дерматологічного профілю;
- вміти залучати всю сім'ю до профілактики дерматологічного захворювання, якщо на те є певні передумови, пояснюючи переваги здорового способу життя;
- навчити лікаря-інтерна ЗП-СМ організувати «Школи здоров'я» для хворих із хронічними дерматозами (атопічний дерматит, псоріаз, екзема, тощо);
- вміти заповнювати облікову документацію та проводити оцінку якості медичної допомоги, в тому числі дерматовенерологічного профілю;
- визначати тактику в процесі експертизи втрати працездатності (тимчасової та стійкої) у хворих дерматологічного профілю, заповнювати по необхідності відповідні документи.

Бондарчук С.В.

Діагностичні можливості сімейного лікаря при оцінці клінічного аналізу крові, виконаного на сучасному геманалізаторі.

Технічна модернізація лабораторій поставила сімейних лікарів перед проблемою інтерпретації показників геманалізатора. Викладання гематології на кафедрі внутрішньої медицини №2 передбачає навчання студентів і інтернів навичкам оцінки як традиційного, так і автоматично виконаного аналізу крові. Клінічний аналіз крові в межах поняття «загальний аналіз крові» та «загальний аналіз крові з тромбоцитами, ретикулоцитами» є стандартними

поняттями. Для геманалізаторів відсутній стандарт складу аналізу крові однаковий для всіх лабораторій. Нормативи геманалізатора можуть відрізнятися відповідно технічним характеристикам апарату, методикам, дослідженню венозної крові, а не капілярної. В традиційному аналізі крові кольоровий показник дозволяє диференціювати анемії на гіпо-, гіпер-, нормохромні. У більшості автоматичних аналізаторів немає підрахунку кольорового показника, зате є ряд інших еритроцитарних індексів: гематокрит (HCT), середній об'єм еритроцитів (MCV), середній вміст гемоглобіну в еритроциті (MCH), середня концентрація гемоглобіна в еритроциті (MCHC), ширина розподілу еритроцитів (RDW). MCV та MCH аналогічні кольоровому показнику. За їх значеннями анемії поділяють на мікро-, макро- і нормоцитарні. MCHC являється самим стабільним серед еритроцитарних індексів. MCHC при гіпохромних анеміях знижується останнім, коли вичерпуються всі компенсаторні механізми. Тому зниження MCHC на тлі нормального вмісту еритроцитів чи гемоглобіну є свідченням некорректного аналізу. Збільшення MCHC зустрічається дуже рідко і вважається патогномонічним для спадкового мікросфероцитозу. RDW є аналогом анізоцитозу, не несе інформації про направленість анізоцитозу (макро- чи мікроцитоз) і тому не має діагностичного значення. Оскільки кількість ретикулоцитів (RTC) визначається в % чи ‰, геманалізатором підраховується ретикулоцитарний індекс, який усуває можливість хибного ретикулоцитозу. Якщо індекс < 2 – це свідчить про гіпопроліферацію кісткового мозку, якщо > 2-3 – про його гіперрегенерацію.

Тромбоцитарні індекси. Тромбокрит (PCT) - частина об'єму цільної крові, яку займають тромбоцити. Його підвищення відповідає тромбоцитозу або збільшенню середнього об'єму тромбоцита (MPV). Діагностичне значення для уточнення механізму збільшення тромбокриту має коефіцієнт великих тромбоцитів (P-LCR). Підвищення MPV і P-LCR свідчать про підвищення кількості функціонально активних тромбоцитів в периферичній крові, посилення їх адгезивно-агрегаційної здатності. Показник гетерогенності тромбоцитів (PDW) характеризує анізоцитоз тромбоцитів. Збільшення PDW може бути ознакою присутності агрегатів тромбоцитів, мікроеритроцитів, фрагментів еритроцитів, що є показом для повторного підрахунку кількості тромбоцитів рутинним методом. Геманалізатор, підраховуючи кількість лейкоцитів (WBC), спроможний диференціювати лейкоцити тільки на 3 групи: гранулоцити (GRA), лімфоцити (LYM), середні лейкоцити (MID), що не може вважатись характеристикою лейкоцитарного складу.

Висновки. Використання гематологічного аналізатора є швидким і зручним способом діагностики, якщо:

1. Заздалегідь знати, які показники будуть виконані геманалізатором.
2. Обговорювати з лаборантом можливість розширення діагностичних можливостей даного апарату, в т.ч. визначення середнього діаметра еритроцитів, ретикулоцитів, побудови еритроцитометричної кривої тощо.
3. Знати норми для даного геманалізатора.

4. Пам'ятати, що геманалізатори не здатні порахувати незрілі лейкоцити, виявити бластні клітини. Тому лейкоцитарна формула завжди виконується за допомогою традиційної мікроскопії, при потребі – в лабораторії гематологічного відділення.

Бондарчук С.В.

Лікування залізодефіцитної анемії з застосуванням еферентної терапії (ентеросорбції)

Лікування залізодефіцитної анемії (ЗДА) являється актуальною проблемою в практиці сімейного лікаря. Внаслідок гемічної гіпоксії порушуються окислювально-відновлювальні реакції, відбувається розпад ліпідів, білків, дезамінування та переамінування амінокислот, посилюється перекисне окислення ліпідів, накопичуються маркери ендогенної інтоксикації - молекули середньої маси (МСМ). Ендотоксини рециркулюють між внутрішнім середовищем та кишківником і можуть бути еліміновані ентросорбентами – ефективними та простими у використанні в умовах поліклініки засобами еферентної терапії. Зниження ендотоксикозу може поліпшувати гомеостаз і ефективність препаратів заліза.

Мета дослідження: вивчити ефективність корекції метаболічних порушень у хворих на ЗДА застосуванням курсу ентросорбції препаратом, що розроблений у ВНМУ ім. М.І. Пирогова – силіксом.

Матеріали і методи. Обстежено 112 хворих на ЗДА. У всіх хворих на ЗДА (40 чоловіків та 72 жінки віком 20-59 років) причиною були хронічні крововтрати в вигляді менорагій (54 жінки) та кровотеч із травного тракту (18 жінок, 40 чоловіків). У хворих визначали динаміку гіпоксичних, інтоксикаційних та сидеропенічних симптомів за 5-тибальною шкалою, даних гемограми, білірубину сироватки крові та вміст МСМ, малонового діальдегіду (МДА) і перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ). Норма відпрацьована на здоровій групі (15 жінок, 15 чол.), репрезентативній за статтю та віком: для МСМ $0,240 \pm 0,082$ од. опт. щ., МДА $2,14 \pm 0,09$ мкмоль/л, ПГЕ $11 \pm 0,24\%$. Перераховані показники визначали до та на 14-й день лікування. Динаміка гемограми вивчалась на 7-й, 14-й, 21-й та 28-й день лікування. 80 хворих на ЗДА отримували per os препарат пролонгованої дії сорбіфер-дурулес (містить сульфат заліза⁺² 320 мг та аскорбінову кислоту 60 мг) по 1 табл. двічі на день. Отримані результати оброблені методом варіаційної статистики. Достовірні дані при $p < 0,05$

Результати та їх обговорення. У всіх хворих ЗДА визначались виражені гіпоксичні та сидеропенічні симптоми, ознаки інтоксикації оцінювались в 2-3 бали, підвищення МСМ становило $0,331 \pm 0,031$ од.опт.щ. Ендоксикоз, маркером котрого вважається підвищений рівень МСМ, спостерігався у всіх хворих як клінічно, так і лабораторно.

Порівняльні результати традиційного лікування препаратами заліза та феротерапії в поєднанні з ентеросорбцією силіксом наведені в таблиці.

Таблиця. Динаміка клініко-лабораторних даних у хворих на залізодефіцитну анемію на 14-й день лікування сорбіфером-дурулес в комбінації з ентеросорбцією силіксом ($M \pm m$)

Показники	Вихідні дані до початку лікування (n=80)	14-й день лікування: сорбіфер+силікс (n=50)	14-й день лікування: сорбіфер (n=30)
Гіпоксія (бал)	4-5	2-3	3-4
Гемоглобін (г/л)	$63,2 \pm 1,5$	$82,3 \pm 1,2^*$	$69,0 \pm 1,1$
Сидеропенічний синдром (бал)	4-5	3-4	3-4
Інтоксикація (бал)	2-3	0-1	1-2
МСМ (од. опт. щ.)	$0,331 \pm 0,03$	$0,226 \pm 0,025^*$	$0,270 \pm 0,029$
МДА (мкмоль/л)	$3,85 \pm 0,09$	$2,14 \pm 0,08^*$	$3,21 \pm 0,12$
ПГЕ (%)	$36 \pm 0,8$	$19 \pm 0,3^*$	$28 \pm 0,6$

* $p < 0,05$ – різниця в порівнянні з вихідними даними до початку лікування достовірна.

Проведені нами клінічні дослідження показали, що застосування препарату силікс в дозі 100 мг/кг маси тіла на протязі 10-14 днів в комплексі з ентеральним препаратом заліза, здатне потенціювати антианемічну терапію приблизно на 25,7%, суттєво знижуючи рівень маркерів ендотоксемії та ліпопероксидації клітинних мембран (МСМ, МДА та ПГЕ).

Вергелес К.М.

Проблеми валеології в житті сучасного суспільства: застосування в загальній практиці-сімейної медицини.

Згідно з існуючим визначенням, здоров'я - це природний динамічний стан організму, що характеризується його рівноваженістю з навколишнім середовищем у духовному, фізичному, а також соціальному плані та ефективно протидіє захворюванням.

Всесвіт наділив людину досконалим організмом із універсальним захистом від зовнішніх і внутрішніх негативних впливів. Тому необхідно завжди стежити за своїм здоров'ям і підтримувати його у гармонійній рівновазі з довкіллям, а для цього потрібно вести здоровий спосіб життя.

Одним із важливих напрямків, який може досить плідно слідкувати за станом здоров'я є сімейна медицина.

Рівновага людини з навколишнім світом - це насамперед її комфортне самопочуття у ньому. Такий стан передбачає сприятливе поєднання умов життя як природних так і соціальних.

Внутрішня рівновага організму людини - це збалансованих систем: серцево-судинної, дихальної, нервової та інших за якими має стежити загальна практика сімейної медицини.

Внутрішня гармонія передбачає стан психічної зрівноваженості та духовної цілісності особистості. Духовний аспект здоров'я передбачає розуміння нами цілісності особистості, визначає сенс життя людини, її гармонійність як індивідуума й у спілкуванні з оточуючими. Невід'ємною частиною духовного здоров'я людини є її здатність до співпереживання та співчуття, добросовісність, доброзичливість, порядність, терпимість. Про внутрішній світ людини можна говорити лише з досвідченими лікарями, яких нажалі сьогодні не вистачає в сільських населених пунктах. Сам процес підготовки лікарів за спеціальністю «Загальної практики-сімейної медицини» може дати нам таких спеціалістів.

Суспільство, зі свого боку, зацікавлене у здоров'ї громадян, оскільки тільки здорові громадяни зможуть принести максимальну користь для його розвитку.

Допомогти організму боротися з хворобою може лікар сімейної медицини і сам хворий. У період видужування людини велике значення має націленість хворого на подолання хвороби. І доречно нагадати слова стародавнього сирійського лікаря А. Фараджі, звернені до хворого: "Дивись, нас трое: я, ти і хвороба. Якщо ти будеш на моєму боці, нам удвох буде легше подолати її".

Дуже велике значення для здоров'я людини має її спосіб життя, який вона може і повинна будувати на позитивному досвіді старшого покоління та конкретними порадами сімейних лікарів..

Дотримання здорового способу життя впливає на формування, збереження та зміцнення здоров'я, сприяє інтелектуальному і духовному

розвиткові особистості, успішному навчанню. Спосіб життя впливає й на фізичний стан здоров'я людини.

Здоровий спосіб життя також сприяє самореалізації особистості. Спосіб самореалізації індивіда залежить від його устремлінь, а також від шкали моральних цінностей, яка склалася в його уяві. Важливим фактором у формуванні стремлінь до видужування хворого є корегування, лікарями сімейної практики, психічного стану.

Отже, здоровий спосіб життя сприяє зміцненню соціального здоров'я особистості та суспільства в цілому. Він включає в себе цінності високого порядку, оскільки спрямований на гуманізацію й активізацію людської діяльності, удосконалення індивідуальних якостей особистості.

Вчений І.П.Павлов стверджував: "Здоров'я - це безцінний дар природи, воно дається, на жаль, не навіки, його треба берегти. Але здоров'я людини багато в чому залежить від неї самої, від її способу життя, умов праці, харчування, її звичок..."

Культура здоров'я - це важливий складовий компонент загальної культури людини, що визначає формування, збереження та зміцнення її здоров'я. Культурна людина є не тільки "споживачем" свого здоров'я, але й його "виробником".

Високий рівень культури здоров'я людини передбачає її гармонійне спілкування з природою й оточуючими людьми. Елементом культури здоров'я є уважне і правильне ставлення людини до самої себе, прагнення до самопізнання, формування, розвитку і самовдосконалення своєї особистості.

Отже, довголіття, здорове, щасливе життя багато в чому залежать і від самої людини. Якщо люди часто хворіють, мають надлишкову масу тіла, вживають алкоголь, палять, дратівливі, некомфортно почувають себе з оточуючими, тобто не дотримуються здорового способу життя, - це означає, що у них низький рівень культури здоров'я.

Аргументоване обґрунтування необхідності бути здоровим і прагнути стати таким - це і є елементи культури здоров'я, якими повинна володіти кожна сучасна людина.

Процес підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» є корисною програмою, адже ми бачимо як така програма працює в Європі та приносить позитивні результати.

Вергелес К.М.

Вплив духовності на здоров'я людини на основі досліджень лікаря Гарольда Кеніга, як приклад роботи для лікарів сімейної медицини.

Зовсім до недавнього часу сучасній охороні здоров'я не вдавалося повністю встановити, який взаємозв'язок існує між духовністю і здоров'ям. В ході людської історії духовність складала основу суспільства і домінувала в культурі, медицині та управлінні суспільством. Кожна культура має своє коріння духовності, і духовність кожної культури по-різному впливає на

сьогоднішній світ. Провідні дослідження в області впливу духовності на здоров'я людини здійснюються в Медичному Центрі Університету Дюка (Duke University Medical Center) під керівництвом Гарольда Кеніга.

Лікар Кеніг, всесвітньовідомий дослідник в області медицини, що сам є кваліфікованим медбратом, терапевтом і професором психіатрії та медицини Медичного Центру Університету Дюка. Він також засновник і співдиректор Центру духовності, релігієзнавства і здоров'я при університеті Дюка. Зі своїми доповідями він виступає на конференціях і семінарах, що проводяться в США. Його дослідження направлені на те, щоб виявити, як духовність впливає на літніх людей та інвалідів. Він написав багато книг з цього питання, а також взяв участь в декількох телевізійних і радіопрограмах. У книзі "Оздоровчий зв'язок" надзвичайно серйозно, але з гумором, він описує своє життя і духовність, пов'язуючи їх із своїми дослідженнями.

Дослідження Кеніга торкаються різних проблем із здоров'ям, від раку молочної залози до незначних нездужань. Він чудово знає, що таке бути інвалідом, оскільки частину свого життя провів у інвалідному візку. Коли Кеніг став християнином, він зрозумів, що віра здійснила глибокий вплив на його здатність примиритися з інвалідністю.

Всі основні світові релігії сприяють розвитку таких чеснот як прощення, подяка, доброта і любов, і якщо людина проявляє їх в житті, це може поліпшити її здоров'я".

Проведені дослідження показали, що люди можуть змінювати імунну систему і здатність людини чинити опір хворобам, породжують серцево-судинні захворювання, сприяють відхиленням в роботі травного тракту, порушенню метаболізму і так далі. Лікар Кеніг виявив, що духовність направляє людину. З цього видно, що духовність пом'якшує стрес, сприяє розвитку відчуття спокою за рахунок прояву чеснот, психологічно змінює людину. Це веде до зміцнення імунної системи. Також є вірогідність, що люди стануть оптимістичнішими, довше житимуть і стануть здоровішими.

Унікальність цих досліджень полягає в тому, що для їх проведення була використана комбінація різних особистостей і те, як кожна особа використовує духовність, щоб справитися з депресією і стресом. Кеніг використовував свій досвід із впливу духовності на здоров'я людини, накопичений при роботі з людьми літнього віку і з тими, хто відчуває депресію, щоб узагальнити дослідження, що стосуються ролі відчаю, який відчувають люди при різних захворюваннях. Результати вражаючі! Були визначені різні групи осіб і захисних механізмів та зроблені чіткі висновки по роботі кожного механізму.

Це створило багатообіцяючі прогнози для подальших досліджень, що вестимуть до вивчення різних форм лікування, які можуть бути, врешті решт, корисними в сучасній охороні здоров'я при дотриманні медичної і жіночої етики, сконцентрованих на оздоровчих аспектах співчуття. Це забезпечує позитивний утилітарний підхід до охорони здоров'я.

Кеніг говорить, що багато вчених також наводять наукові докази того, що духовність відіграє позитивну роль в підтримці гарного здоров'я. Він

вважає, що в майбутньому ця галузь стане пріоритетнішою, ніж раніше. Кеніга понад усе хвилює, чи зможуть учені, зацікавлені роботою в цій галузі, в майбутньому здобути освіту, що дозволяє їм проводити дослідження, видавати роботи, які отримають підтримку, і публікувати результати в періодичних медичних виданнях.

Робота Кеніга отримала визнання в багатьох країнах світу, де існували режими, що здійснювали репресії, таких як Угорщина і Україна. До цих досліджень виявили цікавість в Індії, Тайвані та в деяких ісламських державах. На сайті www.thenewmedicine.org опубліковані думки деяких професорів і викладачів, які підтримують дослідження лікаря психіатра Кеніга і вважають, що їх необхідно інтегрувати в систему охорони здоров'я.

Оскільки більшістю європейських вчених доведено, що основою деяких хвороб людини стають психосоматичні захворювання, тому дане дослідження може бути корисним. В процесі підготовки лікарів загальної практики сімейної медицини потрібно врахувати і це дослідження проведене лікарем психіатром Гарольдом Кенігом.

Вернигородский В.С., Власенко М.В., Паламарчук А.В., Фищук О.А.
**Общая практика – семейная медицина по вопросам клинической
эндокринологии**

Медицинское образование есть процесс непрерывного обучения, начинающийся с момента поступления в медицинский университет и заканчивающийся после прекращения врачебной практики. Его цель – обучение студентов и подготовка практических врачей, позволяющая им использовать новейшие достижения науки для профилактики и лечения заболеваний. Для обеспечения качества медицинской помощи врач должен постоянно совершенствоваться, обязан быть в курсе всех достижений медицинской науки и поддерживать необходимый уровень собственных знаний и навыков.

Потребностью людей в медицинской помощи, профилактических мерах и консультациях по всем вопросам охраны здоровья на уровне наивысших стандартов определяются соответствующие требования к пред-, - последипломному и непрерывному медицинскому образованию. С этих позиций огромная ответственность за здоровья людей возлагается на семейного врача, который должен обладать глубокими знаниями в различных областях медицины, в том числе и эндокринологии. Акцент должен быть поставлен на умении семейного врача разобраться в ранней диагностике эндокринных заболеваниях. И это, в первую очередь, касается ранней диагностике нарушения углеводного обмена, патологии щитовидной железы, нарушения физического и полового развития у детей и других заболеваний. С этой целью сотрудниками кафедры эндокринологии разработаны рабочие программы по основным эндокринным заболеваниям для терапевтов и семейных врачей. Тематическое усовершенствование может быть

продовжителністю дві тижні один місяць. На протязі цього часу розглядаються питання ранньої діагностики, клініки, профілактики і лікування, основних найбільш часто зустрічаються ендокринних захворювань. Але на цьому формування і навчання сімейного лікаря не повинно закінчуватися. Сімейний лікар повинен удосконалюватися щодня. Бо лікар, який не заглядає в книгу, повинен побоюватися більше самої хвороби. Тому метою медичної освіти є підготовка компетентних і високоморальних сімейних лікарів, повністю усвідомлюють свою роль в стосунках лікар-пацієнт. Поняття компетентності повинно включати знання, практичні навички, систему цінностей, поведінку і моралі, які здатні стати заставою забезпечення якісної профілактичної і лікувальної допомоги, як окремим пацієнтам, так і суспільству в цілому. Вважаємо, що слід розробити міжнародні стандартизовані методики оцінки професійної компетентності і діяльності лікаря і використовувати їх на етапах передвузовського, вузовського і неперервного післядипломного медичного освіти.

Вільцанюк О.О., Степанюк А.Г., Ткаченко О.В.

Загальна практика сімейна медицина – сучасна модель первинної медико-санітарної допомоги

За останні декілька десятиліть в структурі амбулаторно-поліклінічної ланки пріоритетного розвитку набувала спеціалізована медична допомога, що певною мірою стримувало розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). На рівні ПМСД державою повинна бути забезпечена безперервність медичної допомоги. У зв'язку з цим виникла необхідність у формуванні якісно нової схеми надання ПМСД населенню та якісно нового спеціаліста - лікаря загальної практики, або сімейного лікаря, повноваженнями якого було б вирішення більшості медичних питань одночасно із наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної і реабілітаційної допомоги.

Академія сімейних лікарів США характеризує ПМСД, як перший, тривалий контакт та скоординовану допомогу населенню, незалежно від статі, віку і характеру захворювання.

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) ставить 6 основних вимог до сімейного лікаря:

1. Надання первинної медичної допомоги

- а) вміння проводити первинне обстеження пацієнта;
- а) координація діяльності вузьких фахівців, залучених для допомоги пацієнту;

2. Особлива увага до інтересів пацієнта

- здатність приділяти увагу до інтересів пацієнта;
- вміння встановлення продуктивних відносин з пацієнтом і використання цих навичок при роботі з хворим;

- забезпечення безперервності надання меддопомоги тривалий час.
3. Вміння вирішувати певні проблеми пацієнта
- прийняття рішення на основі знань про захворюваність та поширеність даної патології серед даної групи населення;
 - лікування хвороб на ранніх стадіях та негайне надання допомоги за нагальної необхідності.
4. Комплексний підхід
- одночасне лікування як гострих, так і хронічних станів пацієнта;
 - організація для пацієнта необхідних оздоровчих і лікувальних заходів.
5. Соціальна спрямованість
- узгодження потреб окремих пацієнтів з потребами всієї групи, що обслуговується та ресурсами, що наявні.
6. Цілісне уявлення про захворювання
- вміння застосовувати біо-психо-соціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей.
- Сімейну медицину, як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів:
- довготривалість і безперервність спостереження;
 - багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
 - відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
 - превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
 - економічна ефективність і доцільність допомоги;
 - координація медичної допомоги;
 - відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я.

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору обґрунтовану тактику по використанню необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та обґрунтовувати застосування спеціалізованих технологій лікування.

Інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики. При цьому пацієнти виграють від більш цілісного підходу до їх здоров'я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної медичної допомоги на місцевому рівні.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, але і є єдиною запорукою підвищення не тільки якості надання медичної допомоги населенню, але і підвищення авторитету і соціального статусу лікаря, який прийме рішення присвятити свою професійну діяльність саме цьому розділу охорони здоров'я.

Власенко М.В., Паламарчук А.В.

Роль та підготовка сімейного лікаря для реалізації державних програм з ендокринології

Одним з пріоритетних напрямів реформування української медицини є створення мережі сімейних лікарів. Сімейний лікар є спеціалістом, який надає необхідну первинну медико-санітарну допомогу всім членам сім'ї. Він має бути різнобічно підготовлений зі всіх розділів медицини, а також орієнтуватися в області медичної психології, законодавстві про охорону здоров'я. Переорієнтація охорони здоров'я на сімейну медицину обумовлює підвищені вимоги до лікарів, які працюють за принципом сімейної медицини.

У 2009 році було затверджено Державну цільову програму "Цукровий діабет" на 2009 - 2013 рр., якою визначено основні заходи щодо поліпшення медичної допомоги хворим на цю хворобу. Одним із основних напрямів реалізації Програми є раннє виявлення цукрового діабету, що одночасно є елементом первинної профілактики діабетичних ускладнень.

Робота сімейного лікаря повинна бути спрямована в першу чергу на просвітницьку роботу з профілактики діабету і виконати основне завдання програми - запобігти хворобі, знизити ризики її ускладнень.

Сімейний лікар повинен взяти на себе значну частину роботи з первинного виявлення та подальшого лікування хворих на цукровий діабет 2 типу. В 2012 році затверджені та впроваджені в клінічну практику оновлені протоколи лікування хворих на цукровий діабет 2 типу, які призначені насамперед для лікарів первинної та вторинної ланок надання медико-санітарної допомоги. Ці протоколи мають на меті поліпшити рівень виявлення пацієнтів із цукровим діабетом на ранніх стадіях; розробити чітку систему надання медичної допомоги хворим; сформувані основи мотивації пацієнта та лікаря у боротьбі з хворобою. А також, мають працювати на формування свідомого ставлення громадян до профілактики діабету, зокрема, дотримання основ здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок, збалансоване харчування, помірні фізичні навантаження, контроль маси тіла, а також щорічний аналіз крові "на цукор" та обов'язкове звернення до лікаря у разі погіршення стану здоров'я.

Дуже позитивним є те, що лікар первинної ланки буде вести не окремого хворого, а всю родину. Цукровий діабет — це спадкова хвороба, і якщо в когось із членів родини є або був в анамнезі цукровий діабет, то сімейний лікар буде більш уважно налаштований і зможе своєчасно діагностувати дебют захворювання. Роль сімейного лікаря у виявленні та своєчасній діагностиці цукрового діабету надзвичайно важлива, а от що стосується лікування, то тут він має кооперувати свої дії з ендокринологом.

Йодний дефіцит є однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я для більшості країн світу. Дефіцит йоду не має досить вираженого характеру це так званий "прихований голод". Спектр йододефіцитних захворювань надзвичайно широкий і у кожному віці має свої особливості.

Найочевидніший прояв дефіциту йоду - це ендемічний зоб, що є сприятливим фактором для розвитку багатьох захворювань щитоподібної залози, зокрема, вузлових новоутворень та деяких форм раку. Йододефіцит ускладнює перебіг вагітності, викликає викидні, передчасні пологи та вади розвитку дитини. І найголовніше - дефіцит йоду зумовлює зниження інтелектуального, освітнього та професійного потенціалу значної частини населення, яке проживає у зоні йодного дефіциту. Вартість цих втрат неможливо переоцінити.

Ліквідація йодного дефіциту є пріоритетним завданням для багатьох держав у світі, у тому числі і для України. Розроблена концепція Державної цільової програми запобігання виникнення захворювань, спричинених йодною недостатністю на період до 2013 року і роль сімейного лікаря у виконанні цієї програми полягає в просвітницькій роботі по пропаганді масового споживання йодованої солі, а також визначення груп населення для групової та індивідуальної профілактики фармакологічними препаратами йоду.

Застосування принципу безперервного навчання сімейних лікарів допоможе стабільно підтримувати кваліфікацію спеціалістів на високому рівні. Цьому сприяє систематична робота кафедри ендокринології з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова з ознайомлення і широкого впровадження в клінічну практику сучасних методів діагностики, лікування та профілактики цукрового діабету, захворювань щитоподібної залози та іншої ендокринної патології.

На кафедрі для лікарів терапевтів, сімейних лікарів щорічно проводяться цикли тематичного удосконалення, тематичні конференції, одноденні семінари, що дає можливість надати найновішу інформація з питань діагностики, лікування та профілактики ендокринних захворювань.

Власенко М.В., Сокур С.О.

Підготовка студентів з клінічних дисциплін (ендокринології) в межах лікаря загальної ланки

Базові знання студентів IV курсу з фундаментальних наук є основною частиною в навчанні майбутнього фахівця – лікаря. На основі знань з анатомії, студенти знають місце розташування ендокринних залоз, кровопостачання, інервацію. Що, в подальшому, допомагає при пальпації, наприклад, щитоподібної залози, а в майбутньому, грамотно виконувати оперативні втручання знаючи топографію органу. Теоретичною основою всіх клінічних дисциплін є знання з нормальної фізіології людини, біохімії та гістології, які дають знання про нормальний перебіг фізіологічних процесів організму, синтез та біологічну дію гормонів щитоподібної залози, наднирників, гонад, інкреторної частини підшлункової залози, гіпофіза, гіпоталамуса, жирової тканини. Знання механізмів регуляції функцій ендокринних залоз дає можливість диференціювати первинну чи вторинну патологію по рівню гормональної активності (первинний чи вторинний

тиреотоксикоз, гіпотиреоз, гіпокортицизм, хвороба чи синдром Іценко-Кушинга). Маючи вихідний рівень знань студент навчається аналізувати гормональні проби: Лабхарта, Закка, Ліддла та диференціювати складні процеси. Таким чином, студенту стає доступним розуміння фізіологічного змісту функції ендокринних залоз, механізми їх регуляції та особливості замісної чи гальмуючої терапії.

Оволодіння технікою та теоретичними основами обстеження хворої людини, майбутньому лікарю буде спроможніше оцінити загальний стан пацієнта та визначити патологічні зміни органів та систем ендокринних захворювань.

Найголовнішими в підготовці майбутнього лікаря з ендокринології, як клінічної дисципліни, в межах знань лікаря загальної практики навчити його диференціації патології від функціональних порушень. Важливо, щоб студент зрозумів різницю в патогенезі одного і того ж клінічного симптому, наприклад спраги чи тахікардії. Ці знання допоможуть йому мислити клінічно, призначати відповідне обстеження, аналізувати і піддавати інтерпретації результати обстежень, призначати відповідне лікування. Знання майбутнього лікаря в рамках реформування охорони здоров'я необхідно формувати на принципах клінічного мислення: від симптому до синдрому, з кінцевим діагнозом і загальних схем лікування тої чи іншої патології. Це принаймні стосується ендокринології.

Гаврилюк А.О., Борейко М.Р., Рауцкієне В.Т.

Роль патологічної анатомії в формуванні клінічного мислення лікарів загальної практики – сімейної медицини

Серед дисциплін «Наскрісної програми», затвердженої МОЗ України від 6.04.2011 р., які проходять студенти вищих медичних закладів патологічна анатомія займає проміжне місце між морфологічними та клінічними дисциплінами. Відомий російський клініцист Г.О. Захар'їн говорив: «Історія медицини свідчить, що лише успіхи патологічної анатомії зробили можливими успіхи діагностики. Для клінічного викладання матеріалів розтину трупа важливі як перевірка прижиттєвих заключень, як засіб дати слухачам, майбутнім лікарям, переконання у можливості правильного діагнозу, а відповідно і правильної терапії». Старий постулат, хто добре діагностує, той добре лікує не втратив своєї актуальності і сьогодні.

В сучасному клінічному діагнозі повинні знайти відображення: нозологія, етіологія, патогенез, морфофункціональні прояви і прогноз захворювання. Через це у діагнозі в якості нозології основного захворювання не повинні фігурувати симптоми або синдроми, а лише загальноновизнані, зі своїм шифром в міжнародній класифікації хвороб захворювання. А у випадках, особливо у людей похилого і старечого віку, обтяжені багатьма хворобами, які мають різну ступінь проявів і які знаходяться в різних взаємозв'язках між собою (бікаузальні процеси, «поліпатії»), виділення тільки однієї нозологічної форми в якості основного захворювання видається

утрудненим. Тоді вводиться поняття комбіноване основне захворювання, яке виступає в трьох варіантах: конкуруюче, поєднане, фонове.

Велике значення для лікаря має формулювання епікризу, який по сутності своїй є не діагнозом хвороби, а діагнозом хворого, який повинен враховувати його спадковість, конституцію, вік, умови життя, професію, тощо.

Викладачі кафедри звертають на це при проходженні основного предмету, особливо при викладанні біопсійно-секційного курсу та курації інтернів. Приділяється увага набуттю майбутніми лікарями клінічного мислення, яке базується на знанні сучасного рівня медичної науки, на комплексній оцінці розвитку її суміжних областей.

Патоморфологія учить розглядати хворого як цілісний об'єкт, з детальним і глибоким проникненням в сутність змін, які відбуваються в окремих анатомо-функціональних системах людського організму, а це вимагає синтетичного підходу до пацієнта.

В практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини будуть зустрічатися випадки смерті людей вдома. В цьому разі при відсутності ознак на насильницьку смерть видається лікарське свідоцтво про смерть – Ф.106/о – лікарем, який лікував хворого на підставі записів в медичній карті амбулаторного хворого. Необхідно поінформувати студентів та лікарів-інтернів про деонтологічні принципи поведінки лікарів, про обов'язок виконувати спільний наказ ГПУ, МВС та МОЗ України за № 1095/955/119 від 28.11.2012 року «Про затвердження порядку взаємодії між органами внутрішніх справ, закладами охорони здоров'я та прокуратури України при встановленні факту смерті людини».

Гармаш Л.Л., Бондар С.А., Псюк С.К., Бельц С. Є

Оптимізація викладання предмету « Дерматологія та венерологія» лікарям зі спеціальності « Загальна практика - сімейна медицина»

Одним із найбільш перспективних напрямків удосконалення системи охорони здоров'я населення України є створення мережі сімейних лікарів або реформування первинної ланки надання медичної допомоги.

Захворюваність дерматозами на сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, а й в усьому світі. За останні роки захворюваність хворобами шкіри збільшилась на 15%.

У дерматології існує дуже багато складних медичних випадків. Прийом пацієнтів без необхідних знань, досвіду і підготовки значно знижує якість лікування, яке отримують пацієнти. Як показує наш досвід, більшість пацієнтів, що консультувалися у сімейного лікаря з приводу шкірних захворювань, не отримали відповідної допомоги тому, що лікар не мав відповідних знань з дерматології. Причина цього полягає в тому, що у більшості випадків, дерматологія в тій чи іншій мірі залишається без належної уваги, в наслідок того, що шкірні хвороби не є важливим фактором смертності.

На кафедрі шкірних та венеричних хвороб проводиться робота для покращання цієї ситуації. Звісно, що обсяг знань-умінь в області дерматології та венерології для лікаря сімейної медицини повинен серйозно відрізнятися від обсягу, необхідного для лікаря дерматовенеролога. Значний перелік теоретичних знань, які повинен вивчити на циклі дерматології майбутній сімейний лікар, підкріплюється відпрацюванням практичних навичок по обстеженню хворого на шкірні хвороби із застосуванням спеціальних дерматологічних методів обстеження. Особливо наголошується на вмінні правильно провести та призначити додаткові методи обстеження, що сприяє більш швидкій постановці діагнозу та своєчасно розпочатому лікуванню, чи у разі необхідності, направленні до фахівця дерматовенеролога. Освоєнню навичок невідкладної допомоги у станах, що ускладнюють перебіг шкірних і венеричних хвороб у дорослих і дітей, при навчанні сімейних лікарів надається особливе значення. Першочерговою метою циклу дерматологія, є відпрацювання практичного вміння зовнішнього застосування лікарських засобів, що найбільш часто вживаються для лікування шкірних хвороб та догляду за шкірою. Це пов'язано з тим, що більшість пацієнтів на хронічні дерматози, з раніше встановленим діагнозом, продовжують лікування у сімейного лікаря.

Таким чином, знання-уміння, що отримують на кафедрі шкірних та венеричних хвороб лікарі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» згідно кваліфікаційних вимог, передбачають можливості профілактики, діагностики, надання первинної допомоги і амбулаторного ведення хворих з найбільш поширеними шкірними та венеричними хворобам

Горпинюк О.П., Гайдаєнко О.Ф.

Становлення комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря

Проблема становлення професійної компетентності сімейного лікаря являється однією із основних вимог сучасної медицини в світлі реформування системи охорони здоров'я.

Важливим етапом даного процесу є формування комунікативної компетентності майбутнього лікаря. Як студенти-медики так і деякі лікарі схильні сприймати хворого як об'єкт, тому бажання зробити спілкування з пацієнтом більш ефективним часто стикається із труднощами комунікативних умінь. Випускники вищих медичних навчальних закладів на початковому етапі своєї професійної діяльності не завжди уміють спілкуватися із пацієнтом та його родичами, недостатньо володіють необхідним багажем

комунікативних знань, не завжди готові до сучасного та ефективного використання різноманітних комунікативних засобів впливу. Пацієнти часто оцінюють рівень кваліфікації лікаря перш за все по доброзичливому ставленню і лише потім по результатах лікування. Це вимагає особливої уваги до підготовки лікарів, особливо за спеціальністю "Загальна практика - сімейна медицина", оскільки розвиток їх комунікативної грамотності являється однією із основних рис лікаря на всіх етапах формування професіоналізації.

Професійна лікарська діяльність має ряд специфічних особливостей. З одного боку вона характеризується тим, що в ній особливе місце займає висока частота контактів з пацієнтами. З іншого боку робота лікаря пов'язана із перевантаженнями психоемоційного характеру, високим ступенем напруженості, із необхідністю приймати рішення зважено і терміново.

Початковим етапом активного професійного становлення є особистісний вибір професії лікаря як життєвої задачі. Підготовка майбутнього спеціаліста ґрунтується не тільки на здобутті необхідної бази теоретичних знань та практичних навиків, а також на розвитку його як особистості. Протягом навчання студент набуває та удосконалює такі якості, які допоможуть йому стати спеціалістом високого класу та досягти високого рівня самореалізації в житті. Оскільки успішність учбової діяльності зумовлює ефективність професійної підготовки, то особистісне значення для студента певної риси означає усвідомлення її потенційного впливу на успішність реалізації свого життєвого кредо.

Професія лікаря вимагає досконалого володіння методами і способами ефективного спілкування для досягнення взаєморозуміння необхідного для вирішення не лише лікувально-діагностичних задач, але і особистих та сімейних проблемних ситуацій, які суттєво впливають на кінець конкретного захворювання та якість життя хворого в цілому.

В процесі підготовки медичного працівника особлива увага приділяється формуванню психологічної готовності до своєї професійної діяльності, від якої багато в чому буде залежати рівень успішності майбутнього спеціаліста.

Отже, під професійними якостями студента-медика ми розуміємо

такі якості, які відповідають вимогам сучасного суспільства до спеціалістів даної професії.

Денека М.Т.

Формування професійно-термінологічних якостей у пізнавальній діяльності студентів

Прогресивні зміни у житті України, орієнтація її на інтеграцію з європейськими країнами актуалізують проблематику модернізації лінгвістичної підготовки майбутніх лікарів, формування в них професійно-термінологічних якостей, що зумовлено як об'єктивними труднощами, з якими стикаються медики під час фахової діяльності, так і розвитком теоретичної та практичної медицини. Без реалізації у навчальному процесі вищої школи сучасних мовознавчих освітніх технологій, структуризації методологічних аспектів, зумовлених історичним грецько-латинським білінгвізмом медичної термінології, досягти зазначеного не можливо.

Практичні потреби у щоденному фаховому спілкуванні, спеціальній термінологічній освіті, друкованій продукції зумовлюють актуальність лінгвістичного аналізу медичного тексту щодо дотримання та усвідомленого застосування усталених грецько-латинських норм. Виходячи з того, що вирішення нагальних проблем підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, формування молодшої генерації українських лікарів неможливе без опанування фахової мови на рівні міжнародної наукової термінології, в смисловій структурі якої відбувається перерозподіл і спеціалізація значень відповідно до комунікативних потреб і вербалізації нових явищ і понять.

Нормативний аспект наукового та навчального медичного тексту пов'язаний насамперед із дослідженням функціонування терміноодиниці як основного елемента фахового тексту. Аналіз статей морфологічних дисциплін та клінічної медицини дає підстави вважати, що сформований базисний корпус основних терміносистем потребує суттєвого впорядкування і нормалізації.

Сучасний етап розвитку термінознавства характеризується практичним аспектом удосконалення медичної термінології. Останнім часом науковці акцентують увагу на тому, що саме робота з упорядкування термінології є необхідною умовою /*conditio sine qua non*/ ефективного розвитку наукових досліджень, розвитку міжнародної співпраці, видання наукової та довідкової літератури, а також підвищення якості підготовки фахівців у вищих навчальних закладах. Безперечним є той факт, що на сьогодні достатньо розроблені фахові основи вдосконалення термінології, що є його важливою передумовою.

Лінгвістична проблема вдосконалення медичної термінології, її практичне втілення щодо систематизації, кодифікації, впорядкування, уніфікації та стандартизації, а також нормування термінології, тобто

перегляду терміносистеми відповідно до міжнародних стандартів. Мовна нормативність термінів - це правильність їх утворення, вживання, осмислення. Робота з унормування у терміносфері сучасної медицини має на меті формування досконалої термінології на основі останніх досягнень термінознавства та розроблення єдиної концепції термінотворення з використанням досвіду і позитивних надбань учених різних поколінь.

Дудік О.П., Драчук Н.В.

Рекомендації щодо вибору засобів індивідуальної гігієни порожнини рота пацієнтам різних вікових груп.

Сучасна сімейна медицина поєднує в собі різні галузі медицини, вона пліч о пліч має плідно працювати з педіатрами, стоматологами, інфекціоністами, отоларингологами, гастроентерологами та іншими фахівцями. Сучасний підхід лікування хворого передбачає комплексне лікування організму як одне ціле, а не окремих хвороб чи систем організму людини. На сам перед лікарям потрібно особливу увагу надавати профілактичним заходам, лише в такому випадку можна зберегти здоров'я людини та покращити якість її життя.

Гігієнічний догляд за порожниною рота є важливим ланцюгом не тільки в профілактиці захворювань зубів та слизової порожнини рота, а й шлунково-кишкового тракту та організму в цілому.

Метою гігієнічного догляду за порожниною рота є ефективне очищення її від залишків їжі, зубного нальоту, мікробного та клітинного детриту. Для гігієнічного догляду за порожниною рота використовуються зубні щітки, пасти, порошки, гелі, еліксири, розчини для полоскань, інтердентальні йоржики, скребки для язика, зубочистки та зубні нитки (флоси). Але основними засобами індивідуальної гігієни порожнини рота залишаються зубна щітка та зубна паста. Основним призначенням зубної щітки є видалення залишків їжі та зубного нальоту з усіх поверхонь зубів та ясен. Ефективність використання зубної щітки визначається правильним індивідуальним добором з урахуванням її жорсткості, форми, розміру робочої частини (головки зубної щітки) та своєчасною заміною, кожні 2-3 місяці. Враховуючи великий асортимент зубних щіток, які представлені на сучасному ринку ми вважали за необхідне надати увагу саме цим засобам гігієни, щоб допомогти з вибором враховуючи індивідуальні особливості пацієнтів.

Дитяча зубна щітка відрізняється від щітки для дорослих не тільки розміром, а й жорсткістю щетинок та формою. Існує п'ять типів жорсткості зубних щіток: дуже м'які, м'які, середньої жорсткості, жорсткі та дуже жорсткі. Вибір завжди обумовлений віком, станом зубів та ясен. Спеціальна дитяча зубна щітка, що призначена для вікової категорії від 1 року має синтетичну м'яку щетину, причому край у кожній щетини закруглений, щоб не травмувати ніжну слизову оболонку порожнини рота. Довжина голівки зубної щітки не повинна перевищувати ширину 2-2,5 молочних зубів і повинна мати спеціальну форму, що враховує розміри і особливість розташування молочних

зубів. Також правильна зубна щітка для дітей від 1 року має особливу будову ручки (товста і широка), що враховує анатомічні і фізіологічні особливості руки малюка. Дитячі зубні щітки до 5-6 річного віку виготовлюються з м'якою чи дуже м'якої щетини, для 6-12 річного віку використовують щітки з м'якою щетиною, для осіб старше 12 років доцільно використовувати щітки середньої жорсткості. В цілому ж увесь дизайн щітки повинен відповідати основній вимозі – тобто бути безпечним для користувача. Тому особливе значення надається відсутності гострих країв, кутів, поверхонь - дитяча зубна щітка має бути повністю атравматична для усіх органів і тканин порожнини рота. Якщо ваша дитина носить ортодонтичну апаратуру гігієнічні засоби і предмети підбирає ортодонт.

Якщо у пацієнта спостерігаються запальні процеси в яснах – рекомендовано використовувати щітки з м'якою щетиною. Жорсткі та дуже жорсткі щітки можна рекомендувати тільки особам зі здоровими яснами, проте при неправильному використанні вони можуть травмувати ясна і приводити до стирання твердих тканин зуба.

Отже, при виборі засобів індивідуальної гігієни порожнини рота необхідно враховувати вік, наявність чи схильність до певних стоматологічних захворювань, індивідуальні особливості порожнини рота (атипова будова зубних рядів та форма зубів, наявність знімних та незнімних ортопедичних чи ортодонтичних конструкцій та ін.). Декілька хвилин, щодня витрачених на догляд за порожниною рота, підвищують нашу самооцінку, зміцнюють здоров'я і дарують бонус у вигляді білосніжної посмішки. Навчивши свою дитину правильно чистити зуби в дитинстві, ви попередите розвиток захворювання ясен і передчасну втрату зубів, зробивши тим самим йому неоціниму послугу, за яку він буде вдячний вам усе своє життя.

Дудікова Л.В.

Особливості навчання іноземних мов студентів та лікарів за спеціальністю « Загальна практика - сімейна медицина»

Вивчення іноземних мов на нефілологічних спеціальностях є важливим аспектом формування професійного та світоглядного рівня студентів вищих навчальних закладів і наступною ланкою вивчення іноземної мови на базі середньої школи та процесі безперервного навчання іноземній мові.

Сучасні інтеграційні процеси в Україні відкривають можливості студентам ознайомлення і безпосередньої участі в культурних, економічних, медичних та інших досягненнях світової цивілізації. Тому першочергове значення в цьому процесі відіграє вивчення та знання іноземної мови, як засобу спілкування, і є важливим інструментом для інтеграції студентів та засобом відкриття і пізнання світу та інновацій з професійного напряму підготовки.

На сучасному етапі багато науковців-філологів займаються проблемами вивчення іноземної мови на нефілологічних спеціальностях та розроблення методик. Значних досягнень в розробці методик навчання іноземної мови

студентів медичних спеціальностей досягли М.А.Задорожна, О.П.Петрашук та ін.

Уперше вислів «англійська мова для спеціальних цілей» був введений викладачами-методистами англомовних країн, а згодом він почав використовуватися фахівцями з вивчення інших іноземних мов, хоч відмінності між поняттями «англійська мова для спеціальних цілей» або «французька мова для спеціальних цілей» немає, тому що методика навчання будь-якої іноземної мови включає три основні компоненти:

- соціально-психологічний;
- педагогічно-методичний;
- лінгвістичний.

Відрізняються вони лише третім компонентом, пов'язаним із специфікою структури та лексичного складу кожної конкретної іноземної мови.

Саме зміна мотивації вивчення іноземних мов та розроблення методик з її вивчення зробили можливими проведення багатопланових досліджень в цьому напрямі не лише як одного із аспектів виконання університетської програми навчання, але і як одного із шляхів розширення меж професійної підготовки, базуючись на іноземному досвіді, де знання мови є обов'язковим елементом читання, перекладу та спілкування на мові оригіналу.

Професійна спрямованість вивчення іноземних мов на нефілологічних спеціальностях ставить низку завдань із розвитку професійних навиків у студентів: оволодіння професійною лексикою, вміння комунікативних навиків професійного спілкування, формулювання власної точки зору на професійну тематику, тощо.

Головним і пріоритетним завданням вивчення іноземних мов є розвиток комунікативних здібностей, тобто навчання мові як реальному засобу спілкування між фахівцями різних країн та різних галузей знань.

Використовуючи дослідження зроблені науковцями в галузі вивчення іноземних мов на нефілологічних спеціальностях вищих навчальних закладів, слід зазначити, що це складний і неоднозначний процес, який потребує дуже виваженої і кропіткої роботи. Заучування чи відтворення текстів іноземною мовою не відповідають сучасним вимогам з підготовки професійних кадрів і на думку автора в цьому напрямі вітчизняним науковцям та викладачам-методистам доведеться не один рік працювати для розроблення методик навчання іноземним мовам для «спеціальних цілей» з професійної підготовки майбутніх медиків.

Дудник В.М., Андрікевич І.І.

Досвід викладання дитячої ендокринології відповідно типової навчальної програми з дисципліни « Педіатрія»

Надзвичайно важливим елементом економічного, соціального та культурного розвитку будь-якої країни є здоров'я дитячого населення. В умовах реформування системи охорони здоров'я України першочерговим

завданням залишається забезпечення доступності та високої медичної допомоги дітям, а також наближення її до міжнародних стандартів.

Реформування порядку організації медичного обслуговування населення в Україні потребує введення нових підходів до підготовки майбутніх лікарів за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина». Лікар загальної практики-сімейної медицини є фахівцем, який повинен володіти ґрунтовними знаннями в різних областях медицини, включаючи дитячу ендокринологію.

Поширеність захворювання ендокринної системи у дітей 0-17 років у 2011 році склала 90,47 на 1000 дітей відповідного віку проти 99,8 – у 2007 р. з динамікою зниження показників протягом останніх 5 років. Аналогічна тенденція спостерігається щодо показника захворюваності на ендокринну патологію. Так, у 2011 р. вперше було зареєстровано 20,52 випадки ендокринних хвороб на 1000 дітей відповідного віку проти 22,98 – у 2007 р. Така динаміка стала наслідком погіршення діагностики означеної патології в Україні на первинному рівні і не відповідає загальній світовій тенденції до її зростання в дітей різного віку. Суттєві відхилення у реєстрації хвороб ендокринної системи є проблемою не лише ендокринологічної служби, але й лікарів первинної ланки надання медичної допомоги.

Згідно типової навчальної програми з дисципліни «педіатрія» складеної відповідно до «Навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації МОЗ України (Наказ МОЗ України від 25.03.2005 р., №119) для студентів 5 курсу на базі кафедри педіатрії №2 викладаються основи дитячої ендокринології (змістовий модуль 11: «Хвороби ендокринної системи у дітей»).

Розділ дитячої ендокринології висвітлюється на 4 практичних заняттях та 2 лекціях на українській, російській та англійській мовах. Особлива увага приділяється засвоєнню єдиних підходів до діагностики та лікування ендокринної патології згідно протоколів з дитячої ендокринології (накази МОЗ України №254 від 27.04.2006 р. та №55 від 5.02.2009 р.). Поглиблено вивчається диференційна діагностика ендокринної патології із іншими захворюваннями дитячого віку на базі відділень Вінницької дитячої клінічної лікарні. Акцентується увага на наданні невідкладної допомоги при кетоацидотичній, гіпоглікемічній, гіперосмолярній та лактатацидотичній комах, при тиреотоксичному кризі, при гострій наднирниковій недостатності, сільвтрачаючій формі адрено-генітального синдрому та інших гострих станах в дитячій ендокринології.

Таким чином, в умовах реформування системи охорони здоров'я України обов'язком сімейних лікарів є рання діагностика та попередження захворювань у дітей, в тому числі ендокринної патології. Захворювання ендокринної системи можуть бути як основними, так і супутніми патологіями на фоні багатьох соматичних захворювань, що вимагає вивчення їх в складі дисципліни «педіатрія». Охоплення всіх напрямків педіатрії можливо при комплексному інтегрованому підході до підвищення кваліфікаційного рівня

майбутнього лікаря за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

Дудник В.М., Мантак Г.І., Андрікевич І.І.

Викладання педіатрії студентам 6 курсу з англomовною формою навчання

Англomовне навчання на сьогоднішній день є одним з перспективних напрямків підготовки іноземних громадян в сучасних умовах кредитно-модульної системи. Це нова концепція розвитку медичної освіти, спрямована на підвищення якості підготовки студентів, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищої медичної школи на вітчизняному та міжнародному ринках праці. Підготовка лікаря, формування у нього клінічного мислення, неможлива без контакту з пацієнтами, особливо дітьми. Цього не може навчити жодна апаратура, це здобувається лише безпосередньою роботою в клініці. Роль викладача клінічної кафедри стає надзвичайно важливою і багатогранною – з одного боку як джерела первинної інформації, а з іншого – консультанта та організатора практичної підготовки і самостійної роботи студентів. Об'єм лікувальної роботи викладача клінічної кафедри, його авторитет серед колег та пацієнтів є одним із стимулів бажання покращення знань студентів, особливо іноземних.

Кафедра педіатрії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова знаходиться на базі багатопрофільної обласної дитячої клінічної лікарні, де сконцентровані усі можливості надання високоспеціалізованої медичної допомоги дітям. Тому, студенти мають змогу працювати з різноплановими тематичними хворими, хворими з рідкісною патологією. Безпосередня практична робота англomовних студентів 6 курсу в клініці проводиться впродовж практичного заняття і складається з контролю вихідного рівня знань (тести, фармакологія теми), щоденної індивідуальної демонстрації тематичного хворого з його клінічним розбором, самостійною роботою студентів з пацієнтами, аналізу витягів з історій хвороб. Обов'язковою умовою є постійна присутність викладача біля студентів у відділеннях лікарні для допомоги оволодіння і відпрацювання методики обстеження хворого, аналізу додаткових методів обстеження. Кожен студент занотовує в практичних зошитах отримані дані щодо пацієнта, формулює діагноз згідно класифікації, обґрунтовує діагноз, вказує план обстеження та лікування хворого. Неоціненною допомогою в підготовці англomовних студентів на клінічних кафедрах є вивчення ними української

або російської мови з перших курсів навчання в університеті для самостійного контакту з хворою дитиною та її батьками.

Останнім блоком практичного заняття є контроль кінцевого рівня знань за допомогою опитування та розв'язання ситуаційних завдань, відпрацювання алгоритмів обстеження хворого. На кафедрі є напрацьований „банк” тестових та ситуаційних завдань, з якими студенти щоденно займаються самостійно. Пріоритетними завданнями в підготовці англomовних студентів є постійне розширення „банку тестових завдань” з урахуванням міжнародних норм.

Серед завдань для удосконалення системи викладання англomовним студентам ми вважаємо за доцільне підсилувати якість самостійної роботи студентів шляхом удосконалення структурованих методичних вказівок-посібників для підготовки до заняття. За останні роки нами відмічено, що мотивація англomовних студентів, їх кінцевий рівень підготовки загалом, можливість підтвердження дипломів спеціалістів в їхніх країнах є вищими в порівнянні з іншими іноземними студентами.

Дудник В.М., Сінчук Н.І.

Місце медичної генетики в підготовці лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» у відповідності до «Наскрісної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року.

Знання медичної генетики необхідні лікарю будь-якої спеціальності для розуміння механізмів індивідуального розвитку організму та його порушень, природи будь-якого захворювання, вибору раціонального підходу до діагностики, лікування та профілактики хвороб.

Для успішного засвоєння знань з генетики необхідна достатня базова підготовка з наступних дисциплін: біології, гістології та ембріології, патологічній анатомії, патологічній фізіології, біохімії, фармакології.

Лише достатній рівень загально-біологічної підготовки дозволяє успішно розпізнати генетичну природу будь-якого захворювання, вибрати оптимальне лікування і ефективно проводити профілактичні заходи в сім'ї і на популяційному рівні.

Пристаюючи до вивчення медичної генетики, студент 5 курсу має знати структурно-функціональну організацію спадкового матеріалу і його рівні; мати сучасне уявлення про геном людини, каріотип; генетичний код, знати його властивості; розуміти взаємозв'язок між геном і ознакою, знати особливості експресії генетичної інформації і механізми виникнення мутацій, їх класифікацію, медичне і еволюційне значення мутацій; мати уявлення про роль спадковості у визначенні здоров'я і патології. Відповідно необхідне повторення попередньо вивчених на молодших курсах розділів, поступове закріплення і примноження знань.

В курсі медичної генетики на 5 курсі студенти повинні вивчити основні і додаткові методи діагностики спадкових хвороб, принципи лікування, основні напрямки і рівні профілактики спадкових патологій, методи пренатальної діагностики, ознайомитись з організацією медико-генетичної служби в Україні, пізнати особливості патогенеза і клініки спадкових хвороб, навчитися проводити диференційну діагностику спадкових і набутих хвороб. Студенти знайомляться з гено- і фенотипними кореляціями при хромосомних і генних хворобах. Дефіцит часу навчання призводить до того, що деякі питання викладаються дуже коротко, а ряд тем дається для самостійного вивчення.

Лікарі-інтерни ЗПСМ повинні засвоїти наступні навички та вміння: вірно використовувати відповідну термінологію при описі клінічної картини (фенотипу) хворого; обстежити хворого на виявлення спадкових патологій, навчитися розпізнавати загальні прояви спадкової патології, діагностувати вроджені морфогенетичні варіанти; зібрати анамнез і генеалогічну інформацію, скласти родовід, проаналізувати спадкові хвороби чи ознаки в сім'ї; сформулювати попередній діагноз хромосомної патології і деяких найпоширеніших моногенних захворювань, визначити необхідність додаткового обстеження, включаючи специфічні генетичні методи; виявлення індивідів з підвищеним ризиком розвитку мультифакторіальних захворювань; обґрунтовано направляти пацієнтів на медико-генетичну консультацію; проводити профілактичні заходи, направлені на попередження спадкових і вроджених захворювань, зниження частоти широко розповсюджених мультифакторіальних захворювань. В курсі медичної генетики важливе місце займають етичні і правові питання.

Під керівництвом викладача має проводитись клінічний розбір хворих з спадковою патологією. Інтерни мають приймати участь в огляді хворих, в процесі яких проявляються їх практичні навички клініко-генетичного обстеження і теоретична підготовка. Викладач узагальнює результати кожного заняття. Необхідно навчити інтернів проводити дифдіагностику спадкових і набутих захворювань. Викладач контролює отримані знання і практичні навички під час проходження циклу .

Велике значення має координація учбових планів і програм з метою виправлення можливого дублювання учбового матеріалу і найбільш ефективно його засвоєння.

Зайцева К.А., Жученко П.С.

Перспективи використання прикладів належної практики та передового досвіду в підготовці студентів та лікарів-інтернів загальної практики: крос-культурний і транскультурний підхід

“Наскрізна програма” підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів МОЗ України окреслила основні шляхи вдосконалення навчально-методичного забезпечення підготовки лікарів загальної практики, зокрема впровадження базового реєстру практичних навичок та методик,

необхідних для роботи на посадах лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”, як важливої складової покращання практичної підготовки лікарів первинної ланки медико-профілактичної допомоги населенню. Отримання якісної загальної (наскрізної) освіти передбачає не тільки отримання певних знань та вмінь, але й формування набору компетенцій, необхідних для подальшої роботи на посадах лікарів.

Розширення міжкультурних контактів, зростання мультикультурності сучасного українського суспільства, розширення перспектив роботи за кордоном для українських лікарів, зумовлюють появу нових вимог сучасного ринку праці в галузі медицини і виникнення нових методологічних і практичних аспектів лікарських знань, вмінь та необхідність формування нових компетенцій.

Пояснювальна записка до програми окреслила види практичної діяльності, в ході яких неможливо ігнорувати крос-культурний (специфічний для носіїв певної культури) та транскультурний (універсальний для носіїв різних культур) аспекти: спілкування з пацієнтом та членами його родини; оцінювання стану здоров'я та виявлення ранніх відхилень в ньому, пов'язуючи з факторами ризику в сім'ї та довкіллі; вміння входити в контакт з пацієнтом, збираючи анамнез життя та його захворювання, тощо.

Починаючи зі збору анамнезу, вивчення скарг пацієнта та оцінювання важкості його стану сучасний лікар в мультикультурному середовищі має бути обізнаним з питань культурної специфіки різних етнокультурних груп. Дослідження показали, що випадок головного болю переноситиметься представниками азійської культури із стоїчним терпінням, при опитуванні пацієнт може лінгвістично не виказати реальний ступінь фізичного дискомфорту лише тому, що рідкісна терплячість, делікатність і стриманість культивуються в їхньому культурному середовищі. Із більшими переживаннями та зовнішніми проявами емоцій той же самий стан переноситиметься типовим представником африканської культури. А пересічний мешканець південної Європи (наприклад, француз) не тільки схильний до певного перебільшення ступеня дискомфорту і серйозності свого стану, але й схильний вимагати найсильніші ліки для негайного усунення будь-яких неприємних відчуттів, навіть якщо їх застосування не є виправданим. Отже, нагальним прикладним завданням сучасної медичної освіти та практики є урахування крос-культурного аспекту компетентності та формування транскультурної (універсальної) компетентності лікаря.

Міжнародна співпраця із експертами з означених питань, вивчення прикладів належної практики та передового досвіду лікувально-профілактичної та лікувальної роботи в мультикультурному середовищі є ресурсом для нових методологічних надбань медичної освіти та практики.

Заїчко Н.В., Луцюк М.Б., Йолтухівський М.М.

Наявність гіпергомоцистеїнемії – важливий сигнал для сімейного лікаря

У практиці сімейного лікаря можуть виникати ситуації, коли стандартне лікування не забезпечує очікуваного результату. Це може бути пов'язане з наявністю у хворого супутніх патологічних станів, які одразу важко виявити без додаткових досліджень. Одним з таких станів є гіпергомоцистеїнемія (ГГЦ) – синдром, пов'язаний з підвищенням рівня гомоцистеїну (ГЦ) в плазмі крові. ГГЦ приблизно в 40 % випадків обумовлена генетичними дефектами, решта – іншими факторами. Спадкові форми ГГЦ пов'язані з дефектами генів ферментів, які грають ключову роль в метаболізмі ГЦ – метіонінсинтетази, метилентетрагідрофолатредуктази, цистатіонін-β-синтази та ферментів обміну вітамінів, що приймають безпосередню участь в перетвореннях ГЦ. Результати численних досліджень показали, що навіть помірна ГГЦ небезпечна, бо призводить до збільшення ризику інфаркту міокарда та ішемічного інсульту. Небезпечним вважається підвищення концентрації гомоцистеїну в крові більше 20 мкмоль/л (норма – до 15 мкмоль/л). Помірна ГГЦ досить поширена серед населення України і зустрічається у 5-10 % загальної популяції. Недостатність в дієті вітамінів В₆, В₉ та В₁₂, надмірне вживання кави та алкоголю, паління, похилий вік, чоловіча стать, постменопаузальний період, малорухомий спосіб життя – всі ці фактори сприяють підвищенню рівня ГЦ в плазмі крові. В літературі наведено багато даних щодо гіпергомоцистеїмічної дії ряду лікарських препаратів. Так, показано, що таку дію мають: імунодепресант циклоспорин, деякі оральні контрацептиви, антагоністи фолієвої кислоти (метотрексат, сульфасалазин, ральтрітрексед, триметрексат) та вітаміну В₆ (теофілін, ізоніазид, гідралазин, прокарбазин), діуретики при їх довготривалому призначенні (6-12 місяців). Виявлена також гіпергомоцистеїмічна дія антиепілептиків. Антиконвульсант санітоїн викликає фолатну недостатність, речовини, подібні фенобарбіталу, карбамазепіну та вольпроату здатні гальмувати процес реметилування ГЦ. З урахуванням вказаних даних будуються принципи профілактики та лікування станів, пов'язаних з ГГЦ.

Патогенетична дія ГГЦ пов'язана з гальмуванням процесів метилування, гомоцистеїнуванням білків, активацією оксидативного стресу, порушенням регуляції експресії генів та іншими біохімічними змінами. Саме вони лежать в основі ураження стінки судин, тромбоутворення, інших патоморфологічних проявів та клінічних наслідків ГГЦ, таких як серцево-судинна, нейродегенеративна патологія, дефекти розвитку нервової трубки тощо.

За сучасними уявленнями ефективним методом корекції стану ГГЦ є застосування вітамінів В₆, В₉, В₁₂. Особливістю лікування синдрому ГГЦ та

захворювань, що з ним патогенетично пов'язані, є використання великих доз цих вітамінів, особливо фолієвої кислоти їх комбінацій або комплексних лікарських форм, що містять великі дози вказаних вітамінів одночасно з фізіологічними дозами інших вітамінів. Суттєва гіпогемістемічна дія притаманна створеному в свій час в Україні полівітамінному комплексу декамевіту. Співробітниками кафедри біохімії та загальної хімії ВНМУ разом з науковцями ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України» запропоновано ефективний гіпогемістемічний комплекс у складі високих доз вітамінів В₆, В₉, В₁₂ та мікроелементів цинку, хрому та ванадію.

Вважаємо, що вчасна діагностика ГГЦ та виявлення можливих причин її виникнення дадуть змогу сімейному лікарю простими методами провести корекцію даного патологічного стану, та попередити розвиток небажаних ускладнень.

Заїчко Н.В., Тертишна О.В., Мельник А.В.

Роль дисципліни «Біологічна та біоорганічна хімія» у формуванні світогляду майбутніх лікарів загальної практики та сімейної медицини

У сучасних умовах підготовка лікарів загальної практики та сімейної медицини потребує розширення кола знань та практичних навичок в галузі медико-біологічних дисциплін. Це пояснюється значним прогресом у розкритті біохімічних механізмів багатьох захворювань, стрімким розвитком клініко-лабораторної діагностики, постійним розширенням спектру лікарських препаратів, встановленням нових молекулярних механізмів дії хімічних сполук та біологічних агентів тощо.

Навчальна дисципліна «Біологічна та біоорганічна хімія» ставить за мету сформуванню системні знання студентів-медиків про хімічний склад, структурну організацію, властивості біоорганічних сполук (складових компонентів клітин, тканин та органів організму людини), закономірності обміну речовин та енергії на молекулярному рівні в здоровому організмі та при окремих патологічних станах. Вивчення біологічної та біоорганічної хімії є необхідним для формування творчого мислення майбутнього лікаря, необхідного для успішного освоєння професійно-орієнтованих медичних дисциплін. Під час вивчення дисципліни студенти навчаються пояснювати особливості будови та перетворень в організмі біоорганічних сполук; аналізувати відповідність структури біоорганічних сполук фізіологічним функціям, які вони виконують в організмі людини; інтерпретувати взаємозв'язок між структурою біоорганічних сполук, особливостями їх метаболізму та фізіологічними функціями в організмі людини; пояснювати біохімічні та молекулярні основи фізіологічних функцій клітин, органів і систем організму людини; інтерпретувати основні біохімічні механізми виникнення патологічних процесів в організмі людини та принципи їх корекції; характеризувати особливості фізіологічного стану організму та

розвиток патологічних процесів на основі лабораторних досліджень; трактувати особливості будови та перетворень в організмі біоорганічних сполук, на яких ґрунтується їх застосування в медицині в якості лікарських засобів; трактувати методологію проведення та виконувати окремі біохімічні методи дослідження, які лежать в основі лабораторної діагностики патологічних станів.

Біологічна та біоорганічна хімія відноситься до фундаментальних дисциплін, які включені в програму ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок-1». і таким чином є одним із перших етапів встановлення відповідності рівня професійної компетентності випускника – майбутнього фахівця в галуззі сімейної медицини мінімально необхідному рівню згідно з вимогами Державних стандартів вищої освіти.

Згідно з навчальним планом вивчення дисципліни «Біологічна та біоорганічна хімія» здійснюється в II-IV семестрах, тому подальше вдосконалення умінь використовувати теоретичні та практичні навички з медичної біохімії доцільно здійснювати на більш високому науковому та методичному рівні в окремому навчальному курсі «Клінічна біохімія». Вивчення цієї дисципліни є доцільним 5 або 6 курсі, після завершення вивчення основних клінічних дисциплін терапевтичного та хірургічного профілю. Нажаль, у більшості медичних вузів вивчення клінічної біохімії здійснюється в межах програми підготовки клінічних ординаторів.

Слід сказати, що біологічна хімія є наукою, яка дуже швидко розвивається і слугує джерелом новітньої інформації стосовно ролі окремих біомолекул та шляхів їх перетворень в живих організмах, методів дослідження метаболічних та фізіологічних процесів тощо. Тому дисципліну «Біологічна та біоорганічна хімія» можна розглядати і як методологічний базис для проведення наукових досліджень молодими науковцями – лікарями «Загальної практики - сімейної медицини».

Істошин В.М. , Качула С.О., Ладутько С.В., Юрченко П.О.

Про розширення теоретичної підготовки з клінічної біохімії студентів та лікарів-інтернів для подальшої роботи на посадах лікарів «Загальної практики-сімейної медицини» у відповідності до проекту «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року

В рамках реформування служби охорони здоров'я, як передбачено Наскрізною програмою підготовки лікарів (затверджена МОЗ України 6.04.2011 року), повинна підвищитися якість надання первинної медичної допомоги саме лікарями сімейної практики. Можливість виникнення необхідності надання кваліфікованої невідкладної допомоги всім верствам населення вимагає внесення змін у плани підготовки лікарів сімейної медицини, корекції векторів та способів отримання навчальної інформації.

Лікар загальної практики-сімейної медицини, як передбачає Програма підготовки лікарів – це лікар, який максимально наближений до різновікових груп пацієнтів, на якого покладено не тільки надання кваліфікованої персональної первинної медичної допомоги, а і відповідальність за прийняття рішення по кожній проблемі, що стосується фізичного чи психічного здоров'я пацієнтів, можливих напрямків і алгоритмів лікування та наслідків вищевказаних дій. Отже надання допомоги вимагатиме моніторингу певних біохімічних показників (лабораторні дані), правильної їх інтерпретації, що повинно в комплексі з аналізом даних, отриманих іншими методами дослідження, забезпечити прийняття правильних рішень. Саме такі умови роботи лікаря сімейної практики вимагають внесення змін до підготовки не тільки на етапі проходження інтернатури, але значно раніше, ще при вивченні ряду навчальних дисциплін, які створюють теоретичне підґрунтя для клінічної підготовки.

Розуміння механізмів порушень, які виникли у хворого та стали причиною розладів здоров'я, починаючи з молекулярного і завершуючи рівнем існування особистості в соціумі, дозволять лікарям України винести надання первинної медичної допомоги на якісно новий рівень.

Проблема аналітичного підґрунтя постановки попереднього діагнозу міститься саме в різноманітності проявів впливів причин та наслідків альтеруючих агентів. Без адекватного, сучасного обстеження та аналізу неможливо трактувати ті чи інші біохімічні показники шляхом співставлення їх з аналогічними константами при нормальному перебігу метаболічних процесів, чому, власне і навчає біохімія. Звісно, статична біохімія, з вивчення якої і починається знайомство з предметом, ще не дає таких знань майбутнім лікарям, але при вивченні подальших розділів функціональної біохімії - як біохімії органів та систем, створюється підґрунтя на якому при вивченні інших дисциплін (патофізіологія, пропедевтика внутрішніх хвороб, факультетська та госпітальна хірургія та ін.) формується клінічне мислення у студента, що є базисом його майбутньої лікарняної практики. Саме при формуванні взаємо зв'язку між дисциплінами студент зможе оцінити вплив на організм людини різних груп ксенобіотиків, в тому числі, і у вигляді лікарських засобів. На нашу думку, розгляд окремих розділів функціональної біохімії таких, як «Біохімія печінки», «Біохімія нирок», «Метаболізм чужорідних речовин», стандартно опановуються студентами II курсу, відповідно до Навчальної програми, але є багато суттєвих питань з цих та інших розділів, які залишаються поза увагою, оскільки це виходить за межі програми.

Досвід викладання клінічної біохімії для клінічних ординаторів, а також їх відгуки після завершення курсу клінічної біохімії, дозволяють нам робити висновки про доцільність включення теоретичного курсу клінічної біохімії у практичну підготовку лікарів сімейної медицини на етапі інтернатури.

В процесі вивчення клінічних дисциплін на 4-6 курсах кафедри намагаються приділити увагу більш актуальним питанням клініки, але одночасно основні теоретичні положення механізмів патогенезу захворювань залишаються поза увагою, що має негативний вплив саме на формування

клінічного мислення у майбутніх лікарів, звужує спектр застосування вже опанованих навичок. Розширення підготовки сімейних лікарів за рахунок включення курсу клінічної біохімії, на нашу думку, дозволить студентам на етапі інтернатури вільно використовувати біохімічні показники лабораторних та інших досліджень хворого для постановки діагнозу, адекватного призначення схем лікування та прогнозування подальшого перебігу різних патологічних станів.

Йолтухівський М.В., Омельченко О.Д., Гусакова І.В.,
Белік Н.В., Коновалов С.В.

Нормальна фізіологія в контексті підготовки лікарів загальної практики (проблемні питання та шляхи їх подолання).

Знання перебігу фізіологічних процесів в організмі людини є необхідним елементом діяльності лікарів сімейної практики і базисом для розуміння ними розвитку патологічних процесів в організмі. Вивчення нормальної фізіології у вищому навчальному закладі спрямоване на:

- розуміння студентами-медиками закономірностей функціонування органів та систем організму;
- засвоєння нормативних параметрів функціонування організму (зокрема, гомеостатичних констант);
- оволодіння знаннями щодо адаптаційних можливостей організму та резервів функціонування органів і систем;
- інтеграцію знань про організм людини з таких дисциплін як анатомія, гістологія, фізіологія та біохімія.

Останнім часом спостерігається помітне зниження загального (базисного шкільного) рівня підготовки студентів, що створює певні труднощі у засвоєнні ними програмного матеріалу з нормальної фізіології. Непривченість багатьох студентів до регулярного систематичного навчання, несформована навчальна мотивація також перешкоджають засвоєнню знань з нормальної фізіології.

Одним із робочих завдань викладачів на кафедрі є формування у студентів навчальної мотивації. На нашу думку, кожне заняття варто починати з постановки проблемного питання, формулювання завдань заняття і розповіді про реальну життєву ситуацію, пов'язану з темою заняття (бажано з клінічним контекстом). Регулярний контроль знань декількома способами (тестовий контроль, усне опитування, розв'язування ситуаційних задач) сприятиме формуванню установки на регулярну підготовку до практичних занять і покращенню дисципліни у студентів-медиків. Вагому дисциплінуючу роль відіграє екзамен. Екзамен з фізіології дозволяє не лише об'єктивно оцінити знання студентів з предмету, але й забезпечує (у більшості студентів) формування навчальної мотивації, є елементом формування їх самосвідомості та сприяє відповідальному ставленню до навчання (має виховний аспект), дозволяє у кінці року повторити вивчений матеріал, закріпити основні його аспекти у довготривалій пам'яті, сприяє інтеграції знань з дисциплін, пов'язаних між собою (анатомії, фізіології, гістології та біохімії). Поєднання

тестових методик контролю знань студентів, що застосовуються протягом усього періоду навчання, та екзамену в кінці навчального року, на нашу думку, є раціональною комбінацією Болонської системи та традиційної вітчизняної системи навчання. Значний відсоток часу на занятті бажано приділяти усному опитуванню студентів, яке (у формі конструктивної співбесіди) дає можливість уточнити незрозумілі для студентів питання, вчить їх стисло викладати вивчений матеріал, чітко формулювати та висловлювати власні думки (що є надзвичайно вагомим у процесі взаємовідносин “лікар-лікар” і “лікар-пацієнт”).

Позитивним надбанням останніх років є вміння студентів користуватися електронними книгами та базами даних мережі internet, що дає надзвичайно широкі можливості для отримання знань з фізіології (особливо для студентів, що володіють іноземною мовою). Варто зазначити, що на кафедрі нормальної фізіології створений комп'ютерний клас з відповідним програмним забезпеченням для проведення тестування з фізіології перед кожним модулем та перед екзаменом. Крім того, створена база англomовних та російськомовних фільмів з фізіології, які демонструють фізіологічні експерименти та мають навчально-освітній характер. Власний досвід застосування вказує на ефективність їх використання у навчальному процесі. Позитивним надбанням останніх років є також зростання у студентів вимогливості до професійних якостей кожного викладача, до створення належних умов для самостійної роботи, забезпечення підручниками та посібниками.

Йолтухівський М.В., Борейко Т.І., Дацишин П.Т., Шаповал О.М.,
Супрунов К.В., Гусакова І.В., Рокунець І.Л., Коновалов С.В., Богомаз О.В.,
Кузмінський Я.В.

Модульний контроль знань студентів-медиків: принципи створення та методика проведення на кафедрі нормальної фізіології.

Модульний контроль є необхідним і досить ефективним елементом перевірки знань студентів (і студентів-медиків зокрема). Співробітники кафедри нормальної фізіології, проаналізувавши власний досвід створення та проведення модульного контролю, пропонують наступне:

1. Проводити модульний контроль знань студентів двічі (максимум – тричі) протягом усього терміну вивчення дисципліни. Часте проведення модульного контролю знань студентів не можна вважати раціональним.

2. З метою об'єктивізації оцінки модульний контроль знань проводити у письмовій формі протягом одного заняття.

3. Враховуючи значний об'єм матеріалу, який студенти вивчають, динаміку забування, обмеженість часу для підготовки студентів до модульного контролю, вважаємо за доцільне, щоб значний відсоток завдань модульного контролю базувався на принципі ”довільного впізнавання відповіді”, зокрема, цей принцип використовується у тестах КРОК-1,

запитаннях типу "Чи погоджуєтеся Ви з тим, що...", таблицях-співставленнях. Частка завдань даного типу має становити близько 50%.

4. Ефективним елементом перевірки знань студентів є використання таблиць-співставлень, в яких крім принципу "довільного впізнавання відповіді" використовується також активне пригадування засвоєного раніше матеріалу. Даний тип завдань методологічно відрізняється від інших і має мотиваційно-інтегративний характер.

5. Вільне оперування навчальним матеріалом має бути практично орієнтованим. Тому вважаємо за доцільне пов'язувати клінічний приклад з теоретичним матеріалом, яким має вільно оперувати студент та практичними навичками, які він засвоїв при його вивченні. Тобто, у модульному завданні наводиться конкретна життєва ситуація, а далі пропонується проаналізувати зміни певних параметрів функціонування організму і, паралельно, дати відповіді на конкретні теоретичні запитання. При цьому перевіряється знання нормативів та вміння їх використовувати у практичній діяльності.

6. Власне відтворення теоретичного матеріалу у вигляді письмової відповіді на теоретичне питання є необхідним, але непрофілюючим компонентом модульного контролю. Теоретичних питань, на які студент має написати відповідь, має бути одне-два, вони мають бути чітко сформульованими і потребуватимуть конкретної лаконічної відповіді.

7. Під час проведення модульного контролю доцільною є заміна викладача (викладач проводить модульний контроль у іншій підгрупі). Перевірка модульних завдань також здійснюється іншим викладачем (з метою об'єктивізації результатів модульного контролю).

Застосування зазначених пропозицій, на думку співробітників кафедри нормальної фізіології, сприятиме оптимізації проведення модульного контролю у студентів-медиків.

Качула С.О., Личик Г.З., Истошин В.М., Колошко О.М.

Клінічна біохімія в контексті сімейної медицини

Сімейна медицина є базовим та важливим елементом сучасної системи охорони здоров'я і набуває все більшого значення в наданні медичної допомоги населенню. За умов реформування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема її первинної ланки, та запровадження засад сімейної медицини вбачається доцільним та нагальним опрацювання питання щодо розширення і поглиблення знань сімейного лікаря у сфері клінічної біохімії. Для цього потрібно використовувати науково-просвітницькі роботи, зокрема тематичні публікації у фахових медичних журналах, та приділяти поглиблену увагу викладанню засад клінічної біохімії як на додипломному, так і на післядипломному етапах навчання лікарів.

На наш погляд клінічна біохімія займає вагоме місце в підготовці лікаря сімейної медицини, оскільки знання змін перебігу біохімічних реакцій

при патологічних процесах є основою професійного мислення при постановці діагнозу, визначенні перебігу захворювання, виборі обґрунтованого лікування та визначенні його ефективності. Клінічна біохімія вчить лікаря правильно інтерпретувати одержані результати досліджень.

Клінічна біохімія збагачує практичну сімейну медицину знаннями про хімічний склад живих організмів і процеси, що забезпечують їх існування. Ці дані дають можливість науково обґрунтувати патогенез хвороби, ставити діагноз на ранній стадії, стежити за перебігом хвороби та ускладненнями, корегувати і контролювати ефективність лікування. Отже, роль біохімії у формуванні світогляду лікаря сімейної медицини очевидна. Вивчення клінічної біохімії ґрунтується на логічному зв'язку, насамперед, з біологічною, органічною, фізичною і колоїдною хіміями, адже без знань основних положень цих дисциплін лікар сімейної медицини не зможе глибоко аналізувати зміни біохімічних показників при патологічних процесах і правильно використовувати результати лабораторного аналізу. Окрім того, клінічна біохімія інтегрована з такими науками, як аналітична хімія, "нормальна" і патологічна фізіологія, пропедевтика, фармакологія. У той же час вона є базисом для глибокого розуміння патологічних процесів в організмі, які відбуваються при внутрішніх неінфекційних та інфекційних хворобах, і таким чином сприяє формуванню лікарського мислення.

Подальший розвиток клінічної біохімії та її використання в практиці сімейної медицини, на наш погляд, потребує вирішення низки проблем. У першу чергу, це розширення діапазону світових наукових досягнень у сфері медицини. З огляду на це доцільним є створення спеціалізованих факультативів по клінічній біохімії для сімейних лікарів .

По-друге, йдеться про створення сучасного банку даних з постійно оновлювальною інформацією щодо сучасних методів дослідження, описів їх властивостей, особливостей застосування, ролі у діагностиці хвороб. Такий банк даних допоможе розширити уявлення лікаря про сучасні методи дослідження та доцільності їх використання в практичній медицині. Такі пропозиції на наш погляд покращать стан практичної сімейної медицини.

Колісник П.Ф., Колісник С.П.

Впровадження інтерактивних технологій навчання при підготовці лікарів-інтернів за спеціальністю загальна практика – сімейна медицина

Найвідоміші університети, які очолюють верхні позиції провідних світових рейтингів, разом із традиційними формами навчання постійно впроваджують та вдосконалюють новітні технології, що дозволяє проводити

фахову підготовку та випускати найкращих спеціалістів, конкурентно-спроможних на світовому ринку праці.

Впровадження кредитно-модульної системи при навчанні студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова мало свої переваги, а також певні недоліки. Характерною ознакою випускників медичних ВУЗів, які навчалися за кредитно-модульною системою, є те, що перед початком навчання в інтернатурі лікарі-інтерни всіх спеціальностей, мали значно нижчий базовий рівень теоретичних знань, недостатні практичні навички, обмежене клінічне мислення, що суттєво перешкоджало набувати фахові професійні вміння.

З метою підвищення рівня теоретичних знань, кращого опанування практичними навичками слід змінити мотивацію студентів шляхом інтеграції класичної системи підготовки медичних кадрів з новітніми методиками. Для реалізації цієї мети необхідно застосовувати інтерактивні технології навчання, починаючи з третього-четвертого курсів, включаючи обов'язкову вертикальну інтеграцію знань, набутих протягом першого-другого курсів на кафедрах медико-біологічного напрямку з клінічними дисциплінами. Лише глибокі знання, набуті на базових кафедрах можуть стати надійним підґрунтям для розвитку клінічного мислення, яке буде на п'ятому-шостому курсах навчання у медичному ВУЗі відшліфовуватись та створювати передумови для формування професійних вмінь майбутніх лікарів. Для лікарів загальної практики – сімейної медицини найбільш важливою є горизонтальна міждисциплінарна інтеграція та набуття практичних навичок, розвиток клінічного мислення та формування професійних вмінь, які є надзвичайно необхідними для багатопрофільного спеціаліста під час роботи з нестандартними хворими з урахуванням особливостей перебігу, наявної супутньої патології та можливих ускладнень.

Серед інтерактивних технологій навчання слід виділити ті, які можуть найбільш оптимально підходити для вищих навчальних закладів медичного профілю, а також факультетів післядипломного навчання: метод конкурентних груп, метод кооперативних груп, тренінгові методи, кейс-метод, метод проектів. Метод конкурентних груп передбачає розподіл інтернів на рівнозначні групи, які шляхом дискусії, диспуту або «круглого столу» приймають участь в обговоренні однієї теми або клінічної ситуації. Метод кооперативних груп відрізняється тим, що групування проводиться навколо однієї клінічної задачі або групового дослідницького проекту з формулюванням спільної мети. Кейс-метод передбачає аналіз реальних або змодельованих клінічних випадків, може не мати конкретних шляхів їх вирішення. На практиці, найбільш ефективним є поєднання одночасно кількох методів, що дозволяє всебічно розкрити переваги кожного з них, нівелювати недоліки.

Інтеграція традиційної системи навчання разом з сучасними інтерактивними технологіями дозволяє інтенсифікувати набуття практичних навичок та розвиток професійних вмінь, мотивує студентів та лікарів-інтернів

до самостійного опанування теоретичними знаннями, що дозволяє ефективно використовувати аудиторний час для практично-орієнтованого навчання. Перевагою інтерактивних технологій є те, що вони дозволяють систематизувати знання, що були отримані на медико-біологічних та клінічних кафедрах, виробити у студентів та майбутніх лікарів практичні навички, розвивати клінічне мислення, що є підґрунтям для формування професійних вмінь. Інтерактивність дозволяє розвивати у студентів та лікарів-інтернів загальної практики – сімейної медицини ініціативність і відповідальність, а також дає змогу співпрацювати та закріплювати навички групою, виховує здатність до професійної взаємодії, комунікації та міждисциплінарної співпраці. Тому інтерактивні форми навчання доречно проводити як серед студентів-старшокурсників, так і серед лікарів-інтернів.

Колодій С.А.

До питання вдосконалення якості підготовки майбутніх лікарів загальної практики

Відповідно до реалізації пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я, до якого ввійшла Вінницька область, затверджена програма МОЗ України про підготовку та перепідготовку лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Більшість випускників вищих медичних навчальних закладів України, маючи теоретичні знання з базових предметів, психологічно недостатньо готові до виконання своїх професійних обов'язків, оскільки мало знайомі з специфікою роботи лікаря загальної практики.

Одним із пріоритетних питань даної програми є забезпечення внесення питань імунопрофілактики до навчальних планів та програм усіх видів післядипломного навчання лікарів усіх спеціальностей. Питання специфічної профілактики та специфічної терапії інфекційних хвороб майбутні лікарі вивчають на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології. Введення даного курсу продиктовано необхідністю розуміння багатьох медико-біологічних і клінічних предметів, тому що мікробіологія є однією з базисних дисциплін.

При вивченні курсу імунології велику увагу необхідно приділяти вивченню основних закономірностей, механізмів клітинних і гуморальних факторів формування специфічної імунної відповіді за умови використання ефективних вакцинних препаратів різних типів.

Постійне вдосконалення вакцинопрофілактики продиктовано високою захворюваністю і смертністю від класичних бактеріальних, вірусних інфекцій. Це обумовлено неухильним зростанням кількості хворих серед щеплених, зростанням частоти дитячих інфекцій серед дорослого населення, зростанням кількості ускладнень після перенесених захворювань, високою летальністю і розвитком ускладнень, що призводять до інвалідизації. За даними статистики, до національних календарів щеплень більшості країн планують ввести більше 20 нових вакцин до 2025 року.

На сьогоднішній день відмічають безперервне зростання застосування вакцин шляхом розширення календаря щеплень проти інфекційних хвороб, розробки і використання вакцин для профілактики та імунотерапії соматичних, алергічних, онкологічних хвороб, попередження загострення хронічної патології, проведення масових щеплень на фоні епідемічного благополуччя проти інфекцій, які сьогодні ще не є актуальними для людства, але з часом здатні трансформуватися у глобальні проблеми.

Враховуючи вищезазначене, особливої актуальності набуває вивчення майбутніми лікарями питань підвищення ефективності вакцинопрофілактики шляхом створення високоімуногенних, багатокомпонентних вакцинних препаратів для формування повноцінного довготривалого напруженого поствакцинального імунітету. Важливим вбачаємо в подальшому підвищення якості вивчення студентами поствакцинального процесу, який охоплює всі регуляторні системи організму.

Коломієць Н.Г., Піскун Р.П., Мусатова К.В., Климчук І.М.

Особливості викладання антропогенетики в рамках підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика - сімейна медицина»

Згідно з положенням про лікаря загальної практики сімейний лікар повинен проводити комплекс профілактичних, діагностико-лікувальних і реабілітаційних заходів у всіх вікових групах, при всіх видах захворювань, а також проводити санітарно-освітню роботу по вихованню населення з питань формування, збереження і зміцнення здоров'я членів сім'ї.

Наприкінці ХХ ст. в загальній структурі захворюваності, смертності і інвалідності населення на перший план вийшли спадкові хвороби і хвороби зі спадковою схильністю. Відомо понад 6000 нозологічних форм спадкових хвороб всіх органів і функціональних систем організму. Доведена роль спадкової схильності у виникненні багатьох поширених хвороб. Завдяки новітнім методам генетичних досліджень з'явилась можливість ідентифікації спадкових хвороб і в ряді випадків пояснення їх патогенезу, зросло усвідомлення генетичної обумовленості протікання соматичних і паразитарних хвороб, фармакогенетичних реакцій та реакцій на екологічні чинники. Ситуація спричинює зростання ролі генетичних знань в професійній освіті і практичній діагностиці лікарів будь-якої спеціалізації і особливо сімейних. Для сімейних лікарів суттєвого значення набуває володіння генеалогічним методом антропогенетики. Запропонований ще наприкінці ХІХ ст. Гальтоном Ф. генеалогічний метод не змінив своєї суті і в наш час, але суттєво збільшив свої вирішувальні можливості завдяки сучасним досягненням генетики, що уможливорює індивідуалізацію підходу до діагностики, профілактики та терапії генетично залежних патологій. Індивідуалізація підходу вимагає вміння аналізувати не стільки типові родоводи, скільки вміння аналізувати родоводи атипові (нехарактерні).

Студенти повинні знати, що в основі типових родоводів лежать такі типи успадкування як аутосомно-домінантний, аутосомно-рецесивний і

зчеплені зі статтю. Такі типи родоводів мають чіткі критерії успадкування, зумовлені дією законів Г. Менделя та Т. Моргана. В основі атипових родоводів лежать закономірності успадкування, що спричинюються такими чинниками як: фенкопії та генокопії; летальна та плейотропна дія генів; множинні алелі; функціональний поліморфізм генів; пенетрантність та експресивність генів; взаємодія алельних та неалельних генів; термін початку хвороби; залежність від статі і обмеженості статтю; мітохондріальна спадковість; мультифакторіальна спадковість тощо. Основою названих чинників є генетична (генотипна) неповторюваність кожної людини і надзвичайна складність системи регуляції активності генів згідно з сучасними уявленнями про мульти- факторіальну поліфункціональну біопроекторну систему. Аналіз родоводів вимагає опанування майбутнім сімейним лікарем основ молекулярної біології, загальної генетики, антропогенетики та клінічної генетики.

Особливістю викладання антропогенетики майбутнім сімейним лікарям є врахування і всіх інших можливих методів, що дозволяють прослідкувати закономірності передачі спадкових ознак людини. До них відносяться: близнюковий, популяційно-статистичний, цитологічний, онтогенетичний, дерматогліфічний, молекулярно-генетичний, біохімічний, імунологічний. В поєднанні між собою вони дають чіткіший прогноз прояву і подальшу передачу спадкових порушень і схильності до них в окремих осіб та їх сімей.

Таким чином, високі вимоги до сімейного лікаря потребують суттєвого аналізу і адаптації учбових програм, наповнення їх сучасним науковим змістом, виділенням пріоритетних напрямків знань, розробки методів навчання по всій вертикалі учбового процесу для формування концепційного мислення.

Коньков Д.Г., Таран О.А., Буртяк Н.Г.

Сучасні аспекти впровадження інноваційних технологій в підготовці лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»

Кейс-метод ґрунтується на принципах, які фактично змушують переглянути ролі викладача у підготовці лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Зобов'язання викладача при застосуванні кейс-методу полягає в тому, щоб створити в навчальній аудиторії такі умови, які б дозволили розвинути у майбутніх лікарів вміння критично мислити, аналізувати, спонукати їх до того, щоб в процесі дискусії поділитися власними думками, ідеями, знаннями та досвідом. Зобов'язання інтернів загальної практики полягає в тому, щоб збагачуючи своєю творчою енергією навчальний процес, прийняти на себе частку відповідальності за його результативність. При цьому інтерни повинні усвідомлювати, що викладач знаходиться в аудиторії для того, щоб допомогти їм, і вони мають скористатися цим у повній мірі, проте основна відповідальність за те, чому вони навчилися, лежить на них.

Одним з ключових сучасних методів викладання дисципліни «акушерства і гінекологія» є ситуаційний метод навчання, тому що мова йде про реальні ситуації, а не такі які були придумані в аудиторії. Відмінність кейс-методу від традиційних засобів засвоєння знань полягає у специфічному навчальному ефекті, до якого він повинен привести.

Завданням кейс-методу є не просто передача знань, а навчання інтернів здатності справлятися з такими унікальними та нестандартними ситуаціями, які вимагають знань з багатьох наук, які, як правило, виникають в реальній установі і вимагають вирішення таких проблем, що реально виникли чи можуть виникнути і потребують прийняття системного рішення.

Використання цього інтерактивного освітнього методу, що вимагає активної індивідуальної участі інтернів і не передбачає єдиної „правильної“ відповіді, є дуже природним для суспільства з невеликою владною дистанцією, домінуючими цінностями індивідуалізму і слабким прагненням уникнути невизначеності.

Кейс-метод є дуже ефективним у розвитку навичок ідентифікації фахових проблем, систематизації і аналізу викладених фактів та розробки альтернативних рішень. Творче і аналітичне мислення стає необхідною рисою сучасного правознавця за умов зростання конкуренції.

В найбільш загальному вигляді процес розробки будь-якого кейсу може бути представлений як такий, що передбачає проходження наступних етапів: підготовка загального плану кейсу; проведення досліджень, необхідних для підготовки кейсу; написання вихідного варіанту кейсу; обговорення кейсу і редагування; підготовка нотаток для викладачів щодо того, яким чином доцільно презентувати кейс; презентація кейсу в навчальній аудиторії і редагування як самого тексту, так і нотаток для викладачів, якщо це є необхідним; розповсюдження кейсу.

Індивідуальний аналіз кейсу і його обговорення в групі інтернів дають набагато більші можливості для розвитку фахової майстерності, ніж заучування підручника чи конспекту лекцій.

Даючи майбутнім лікарям сімейної медицини завдання у формі кейсів, ми відкриваємо їм значно більшу можливість поділитися своїми знаннями, досвідом і уявленнями, тобто навчитися не тільки у викладача, а й один у одного. Такий метод піднімає впевненість лікарів у собі, у своїх здібностях. Інтерни активно вчаться слухати один одного і точніше висловлювати свої думки.

Навички, які формуються при застосуванні кейс-методу: спостереження, відбір даних, ідентифікація проблеми, розробка щодо прийняття альтернативних рішень, спілкування, мотивація.

Таким чином, світовий досвід підготовки фахівців у вищій школі доводить, що найголовнішою навичкою, яку здобуває інтерн під час навчання, є вміння, під професійним кутом зору сприймати будь-яку наочну, вербальну інформацію, самостійно осмислювати, приймати рішення, оцінюючи його можливі наслідки, визначати оптимальні шляхи реалізації цього рішення.

Коробко О. А.

Шляхи реалізації підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» у відповідності «Наскрізної програми», затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року, на кафедрі внутрішньої медицини

Мета Наскрізної програми – покращити засвоєння практичних навичок та практичних методик, що застосовуються у практичній діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Програма підготовки здійснюється на 4-6 курсах навчання та впродовж всього часу проходження інтернатури за фахом «Загальна практика – сімейна медицина».

Практичні заняття проводяться на клінічних базах кафедри (у поліклініках та стаціонарах) та складаються з чотирьох структурних частин:

1) засвоєння теоретичної частини теми (побачити можна лише те, що знаєш!);

2) демонстрація викладачем практичних навичок з конкретної теми;

3) робота студентів по відпрацюванню практичних навичок під контролем викладача;

4) вирішення ситуаційних завдань та тестовий контроль засвоєння матеріалу. Методика організації практичних занять спрямована на активне залучання студента у процес надання медичної допомоги пацієнтам. Важливим моментом є формування відповідального відношення студента, як майбутнього фахівця, до рівня своєї підготовки.

Головний акцент при цьому робиться на формуванні навичок та вмій (оцінювання стану здоров'я пацієнта та всієї сім'ї, виявлення ранніх ознак хвороби у зв'язку з факторами ризику у сім'ї та довкіллі, складання алгоритмів обстежень та програм ведення амбулаторних хворих терапевтичного профілю з урахуванням трьохетапності надання медичної допомоги, проведення диспансеризації здорових та хворих, формування груп здоров'я, планування реабілітаційних заходів, проведення санаторно-курортного відбору, планування поетапної профілактики захворювань, надання невідкладної допомоги в обсязі повноважень лікаря сімейної медицини).

Вагоме місце у вивченні дисципліни посідає самостійна робота студента. Вона містить передаудиторну підготовку, засвоєння практичних навичок згідно переліку, роботу у поліклінічних та стаціонарних відділеннях, лабораторіях, кабінетах функціональної діагностики з виконанням індивідуальних завдань, складання медико-соціального паспорту здоров'я родини, програм ведення в амбулаторних умовах хворих з найпоширенішими захворюваннями внутрішніх органів, розробку алгоритмів з надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі у практиці сімейного лікаря, а також опрацювання моделі профілактичних програм найпоширеніших неінфекційних хронічних захворюваннях внутрішніх органів

Король Т.М

Актуальні питання підготовки сімейних лікарів

Впровадження сімейної медицини, підвищення її економічної ефективності – постійна турбота Міністерства охорони здоров'я України, всіх структур медичного профілю. Нині в нашому суспільстві все частіше і вагоміше віддають перевагу сімейній медицині. Її досить активно розвивають практики, підтримує наука, прислухаються органи влади всіх рівнів.

Підготовка сімейних лікарів безперечно має важливе соціально-економічне значення.

Потреба людей в медичній допомозі, профілактичних засобах та консультаціях визначає відповідні вимоги до безперервної медичної освіти. Сімейний лікар, який відповідає за здоров'я людей, повинен володіти глибокими знаннями в різних галузях медицини, розібратися в ранній діагностиці захворювань.

Основною метою медичної освіти повинна бути підготовка компетентних лікарів, які в достатній мірі розуміють суть стосунків лікар-пацієнт. Поняття лікарської компетентності повинно включати в себе нові та фундаментальні знання, оволодіння практичними навичками. Необхідно враховувати зростаючий обсяг і ускладнення теоретичної інформації, новації діагностичної і лікувальної технології, фармацевтичного арсеналу і не медикаментозних впливів. Майбутні лікарі повинні призначати всі необхідні методи дослідження, виконувати лікувальні процедури. З метою більш поглибленого вивчення теоретичного матеріалу приймати участь і готувати семінари і тематичні конференції, в яких розглядаються актуальні питання медицини. Постійна післядипломна освіта – це безперервне удосконалення лікарів. Вона передбачає підвищення професійного рівня і гарантує удосконалення знань відповідно до сучасного рівня розвитку науки.

Удосконалення повинно відповідати вимогам Всесвітньої Федерації Медичної Освіти та переформування органів охорони здоров'я.

Основними формами підвищення знань можуть бути: участь у конгресах, з'їздах, конференціях, відвідування лекцій з організації охорони здоров'я, робота у медичних бібліотеках і читальних залах, вдосконалення навиків використання електронних носіїв інформації.

Комплексні заходи щодо підвищення якості підготовки сімейних лікарів - основна складова для успішного лікування і профілактики захворювань.

Краснов В.В., Коньков Д.Г., Кукуруза І.Л.

Формування компетентності лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на основі електронних навчальних посібників процедурного типу

Сучасні концепції розвитку освіти побудовані на компетентністному підході. Тобто сучасне суспільство все більше уваги приділяє тому, що лікар

уміє, а не тому, що він знає. Перед системою освіти постає проблема: як будувати процеси формування компетентностей. Класично, знання можна розділити на два типи – декларативні і процедурні. Саме на основі останнього типу знань будується діяльність фахівців. Процедурні знання, які можна відображати у формі алгоритмів, або послідовностей дій, є основою передачі технологій, операцій і тому подібне. Тобто всього того, що складає базу компетентного фахівця. В залежності від того, наскільки якісно підготовлений контент і наскільки він вільний від безпосереднього супроводу (інтерпретації) викладачем, настільки якісною може бути його самостійне опанування.

В рамках Українсько-Швейцарського проекту "Здоров'я матері та дитини" розроблялися підходи щодо передачі контенту за допомогою електронних навчальних посібників. Визначено, що структура індивідуального знання людини є системою, що складається з наборів систематизованого знання і правил взаємодії між компонентами цього знання. Дана система відображається у вигляді моделі послідовних станів, які еквівалентні послідовності їх застосування в реалізації актів поведінки. Було зроблено припущення, що створення структури подання процедурних знань з урахуванням всіх складових ментальних структур, може привести до більш успішного сприйняття цих знань тими, кого навчають.

На підставі досліджень зроблено висновок, що при побудові опису моделі професійних дій необхідно включати певні структурні та процедурні компоненти. Структурні складові моделі: мета дії; спосіб реалізації дії; результати дії; умови, що дозволяють дії здійснитися; виконавці основних ролей; умови входу та виходу дії; ресурси, що надані для реалізації дії; оцінювання результатів діяльності (контроль досягнення мети). Процедурні складові моделі: мета; умови збігу реальної ситуації й ситуації-еталона (тотожність характеристик, тотожність цілей); умови початку дії (ознаки специфічної, пускової ситуації); правила декомпозиції мети (відображення послідовного набору дій на більше високому рівні подання, можна описувати як набори результатів (цілей) на "вході-виході" систем більше низьких рівнів); правила побудови взаємодії між цілями; правила побудови моделі реалізації мети; оцінювання ступеню досягнення очікуваного результату діяльності (контроль досягнення мети, "зворотній зв'язок"); умови припинення виконання дії. В рамках проекту були створені електронні навчально-методичні посібники "Ведення нормальних пологів", "Багатоплідна вагітність", "СРАР як метод респіраторної терапії новонароджених", які розроблені за методологією структурування знань, рекомендовані МОЗ України для навчання лікарів-інтернів та лікарів-слухачів у закладах (факультетах) післядипломної освіти і втілені в навчальний процес низки навчальних медичних закладів України у відповідності до «Наскрісної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України. За даними проведеного аналізу встановлено, що інтерни в результаті роботи з електронним посібником і традиційними матеріалами демонстрували достовірне підвищення знань, але рівень засвоєння знань після роботи з електронним навчальним посібником був вірогідно вище, ніж після роботи із традиційними навчальними матеріалами.

Таким чином, застосування розроблених технологій зі структурування контенту дозволяють зменшити ступінь перекручування знань при їх трансфері в ході електронного навчання й досягати максимальної відповідності знань на «вході» і на «виході» системи «експерт – електронна передача знань – слухач». У результаті цього на основі сучасних технологій можливо готувати лікаря за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» до роботи з медичними стандартами, навчати його приймати зважені, науково обґрунтовані клінічні рішення і створювати моделі інформаційної взаємодії фахівців-медиків.

Кутельмах О.І.

Шляхи вдосконалення засвоєння практичних навичок і методик проведення об'єктивного огляду ротової порожнини, що застосовується в практиці лікаря-інтерна.

Огляд хворого, як відомо, є одним із найдавніших методів в діагностичній медицині. За його допомогою виявляли людські хвороби такі медики древності як Гіппократ, Діоскорид, Авіценна. Велику увагу приділяли вони ретельному огляду окремих ділянок тіла, особливо в місцях локалізації патологічного процесу. Їх досвід в даній галузі діагностики впродовж віків переймали і засвоювали представники світової і вітчизняної медицини.

Огляд окремих ділянок тіла проводять з метою виявлення додаткової до отриманої при загальному огляді семіологічної і діагностичної інформації за локальними зовнішніми проявами. Проте, часто саме локальний огляд дозволяє конкретизувати отримані під час загального огляду деталі та допомагає у діагностиці захворювання. Отже, знання методики і техніки огляду окремих частин тіла, вміння узагальнювати та інтерпретувати отримані в його ході дані є вкрай важливим у формуванні діагностичного мислення майбутнього лікаря-стоматолога.

Мета наскрізної програми вдосконалити засвоєння практичних навичок і методик проведення об'єктивного огляду ротової порожнини за допомогою основних стоматологічних інструментів, що застосовується в практиці лікаря-стоматолога терапевтичного профілю.

Практичні заняття із терапевтичної стоматології проводять на клінічних базах кафедри (міська дитяча стоматологічна поліклініка, військовому національному центрі здоров'я, центрах первинної медико-санітарної допомоги міських лікарень, стоматологічних кабінетах, розташованих в навчальних закладах).

Методика організації практичних занять з терапевтичної стоматології передбачає:

- участь стоматолога-терапевта в процесі надання медичної допомоги пацієнтам із стоматологічними захворюваннями;
- формування відповідального відношення стоматолога-терапевта, як фахівця з багатьох питань загальної медицини, до рівня своєї підготовки та її вдосконалення протягом як базового університетського навчання, так і подальшої професійної діяльності;

- формування навичок і вмінь оцінювання соматичного стану стоматологічного хворого, для виявлення ранніх відхилень в фізіологічному функціонуванні людського організму, які можуть бути початковим маркером складної патології;

- навчання проведення диференціювання стоматологічних захворювань пацієнтів, які підлягають постановці на диспансерний облік;

- знання принципів реабілітації та принципів санаторно-курортного відбору серед пацієнтів стоматологічного профілю;

- знання принципів ведення облікової стоматологічної документації.

Ладутько С.В., Столярчук Е.В., Личик Г.З., Ольховський О.С.

Викладання клінічної біохімії в проекті наскрізної Програми підготовки студентів та лікарів-інтернів для подальшої роботи на посадах лікарів «Загальної практики-сімейної медицини».

Наскрізна програма підготовки лікарів (затверджена МОЗ України 6.04.2011року) здійснюється на 4-6 курсах медичних університетів та впродовж всього часу проходження інтернатури за фахом «Загальна практика-сімейна медицина».

Первинна медико-санітарна допомога є пріоритетною серед структурних змін медичної допомоги. Без якісної підготовки на всіх етапах становлення лікаря загальної практики – «Сімейна медицина» та відповідної мотивації не можливо здійснити реформування первинної медико-санітарної допомоги.

Лікар загальної практики-сімейної медицини – це лікар який надає персональну первинну та безперервну медичну допомогу окремим особам та сім'ям. Він бере на себе відповідальність за прийняття рішення по кожній проблемі, з якою пацієнт звертається до нього.

Розуміння комплексної допомоги відрізняє лікаря сімейної медицини від інших медичних працівників, які працюють на рівні первинної та вторинної ланки, і включає в себе не лише постановку попереднього діагнозу, а й підтвердження діагнозу у вузьких спеціалістів, лікувальну допомогу, моніторинг лікування, особливо хронічно хворих, прогнозування, профілактику захворювань та зміцнення здоров'я.

Все вищезгадане не можливо без оцінки біохімічного обстеження хворого і тому вимагає певної підготовки майбутнього лікаря загальної практики-сімейної медицини з основних розділів клінічної біохімії для розуміння і трактовки біохімічних маркерів тих чи інших захворювань.

Тому нашими рекомендаціями є наступні для наповнення Наскрізної програми підготовки майбутніх лікарів загальної практики-сімейної медицини.

Для формування світогляду майбутнього лікаря, підготовки кваліфікованих фахівців, розуміння молекулярних основ метаболічних процесів в здоровому та хворому організмі необхідними є знання біохімічних закономірностей як в нормі, так і при захворюваннях. Оскільки загальну біологічну хімію студенти вивчають ще на 2 курсі університету, то зрозуміло,

що випускники медичних вузів не достатньо володіють теоретичними і прикладними аспектами біохімії.

Курс клінічної біохімії яка вивчає молекулярні механізми виникнення захворювань, біохімічні аспекти лабораторної діагностики, лікування та прогнозування різних патологічних станів доцільно було б впровадити ще на етапі навчання у вузі. Особливо це важливо для студентів медичних факультетів старших курсів, що покращило б сприйняття ними біохімічних основ патогенезу різних патологічних станів, які розглядаються на кафедрах терапевтичного та хірургічного профілю. Досвід такого викладання у нашому вузі є: клінічну біохімію вивчають студенти 3 та 4 курсів фармацевтичного факультету (фармацевти та клінічні фармацевти).

Враховуючи сказане, зрозуміло, що особливо це має значення для підготовки сімейних лікарів, спектр діяльності яких є дуже широким.

Лисенко Д.А.

Адаптація підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» з питань гематології у відповідності до «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року.

«Наскрізна програма» затверджена Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року направлена на покращення якості надання медичної допомоги населенню і підвищення ролі лікарів з спеціальності «загальна практика - сімейна медицина» як первинної ланки медичної галузі. Особливістю функціональних обов'язків лікарів даної спеціальності є її мультидисциплінарність, висока автономність та максимальна направленість на раннє виявлення та профілактику захворювань. При підготовці лікарів-інтернів з спеціальності «загальна практика - сімейна медицина» при проходженні вузьких циклів необхідно враховувати вищезазначені особливості і адаптувати курси до потреб даної спеціальності.

Наш досвід викладання гематології у лікарів інтернів з спеціальності «загальна практика - сімейна медицина» засвідчив про необхідність формування окремого підходу у вивченні гематологічних синдромів. Особливо важливим є засвоєння методів скринінгової діагностики анемії, лейкоїї та геморагічних синдромів доступних в первинній ланці медичної допомоги, їх правильна інтерпретація та лікувально-діагностична тактика. Окремо варто виділяти покази до консультації вузьким спеціалістом-гематологом, ознаки які вимагають термінової госпіталізації в гематологічне відділення. Також необхідним є в підготовці лікарів-інтернів з спеціальності «загальна практика - сімейна медицина» засвоєння сучасних принципів терапії онкогематологічних захворювань, які передбачають програмне періодичне лікування роками із застосуванням ротаційних схем під наглядом лікарів за місцем проживання. Застосування такого підходу надасть змогу

підвищити рівень підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» з питань гематології.

Луцюк М.Б., Бондар С.А., Піпа Л.В., Пентюк Н.О., Штатсько О.І.,
Некрут Д.О., Кулик Я.І.

Еферентну терапію – на озброєння сімейному лікарю

Термін «еферентна терапія» відображає один з ефективних способів лікування багатьох хвороб. Назва походить від латинського слова «efference», що означає «виношу», тобто вказує на характерний для цього різновиду лікування прийом - виведення з організму різними засобами, методами та шляхами шкідливих речовин зовнішнього (екзогенного) або внутрішнього (ендогенного) походження. Проблема екзотоксикозів пов'язана з екологією, ендотоксикозів - суто медична.

Що таке ендотоксини? Практично всі фізіологічно активні речовини та проміжні продукти їх обміну в підвищених концентраціях проявляють токсичну дію. Прикладами таких сполук є продукти гниття білків в кишечнику; ліпіди холестерин, жовчні та жирні кислоти, ацетонові тіла; вуглеводи глюкоза та інші моносахариди; кінцеві та проміжні продукти білкового (аміак, сечовина, креатинін, гомоцистеїн, біогенні аміни, жовчні пігменти тощо) та нуклеїнового (сечова кислота, оротова кислота) обмінів. Особливо багато токсичних речовин виникає внаслідок неповного гідролізу власних білків – це так звані «середні молекули» – олігопептиди різноманітного складу та структури. Концентрація середніх молекул суттєво підвищується в умовах патології, особливо при гострих та хронічних запальних процесах. Доведено, що вказані ендотоксини негативно впливають практично на всі органи та системи, а підвищення їх рівня спостерігається вже на початкових стадіях більшості хвороб, навіть за депресивного стану.

Оскільки основний контингент пацієнтів сімейного лікаря складають особи з початковими стадіями захворювань або з хронічними хворобами, методи та засоби еферентної терапії посідають важливе місце в тактиці ведення вказаних осіб. Серед методів еферентної терапії, є такі прості та ефективні процедури як промивання шлунку, кишечний лаваж, клізми, блювотні, проносні та діуретичні засоби, підвищення потовиділення тощо, а також застосування ентеросорбентів. Більш складні методи еферентної терапії (гемосорбція, лімфосорбція, лікворсорбція, плазмаферез, промивання черевної порожнини та інше) виконуються в спеціалізованих відділеннях еферентної терапії, куди пацієнти можуть бути направлені сімейним лікарем. Всі ці заходи приводять до виведення з організму шкідливих речовин екзо- та ендогенного походження і як правило забезпечують швидкий терапевтичний ефект. Особливо корисною для зниження ендотоксемії є ентеросорбція - простий у застосуванні, зручний, ефективний та безпечний метод санації. Виявилось, що ентеросорбенти, розповсюджені в Україні, мають приблизно однакові показники для застосування - токсикози екзо- та

ендогенного походження, захворювання шлунково-кишкового тракту (інфекційні хвороби, дисбактеріози, диспепсії, діареї різного генезу, гепатити) та захворювання з алергічним синдромом. В останньому випадку антиалергічна дія забезпечується зв'язуванням алергенів та гістаміну, який рециркулює через шлунково-кишковий тракт. В нашій державі найбільш вживаними є ентеросорбенти на основі активованого вугілля – завдяки їх низькій вартості. Інші і більш ефективні за деяких станів ентеросорбенти - полісорб МП (синоніми - силікс, силард, атоксіл), ентеросгель, біле вугілля тощо мають на жаль не виправдано високу вартість, що знижує їх використання населенням. Вважаємо важливою організаційною проблемою налагодження в Україні виробництва економічно доступних широкому загалу ентеросорбентів, чому сприятиме наявність власної сировинної бази за суворого цінового контролю з боку держави.

Б. Ф.Мазорчук

Жіноча консультація - основа в підготовці сімейного лікаря.

Основним завданням для лікаря загальної практики сімейної медицини щодо полого допомоги - є планування сім'ї, попередження різних ускладнень, пов'язаних з репродуктивною функцією жінки, та сприяння народженню бажаних, здорових дітей. Одночасно активно сприяти і проводити профілактику гінекологічної захворюваності та особливо онкологічної патології.

Не допустимо, щоб на сьогодні зростала частота захворюваності та смертності жінок від раку молочної залози та раку шийки матки. Десятками років на периферії жінки не проходять профілактичних оглядів. В цьому напрямку мають активно допомогти медики первинної ланки – сімейні лікарі.

Важливим етапом підготовки сімейного лікаря є жіноча консультація (ЖК), де протягом 5-10 днів обов'язково після проходження фантомного, теоретичного курсу сімейні лікарі практикують в ЖК.

Об'єм навичок лікаря ЖК має освоїти сімейний лікар так як це буде виконуватися в повсякденній його праці.

Наша кафедра започаткувала декілька років назад такий напрямок в підготовці лікаря загальної практики сімейної медицини. Для більш успішного освоєння основ акушерсько-гінекологічних знань сімейними лікарями колективом двох кафедр акушерства та гінекології нашого університету підготовлено і подано до друку підручники «Акушерство» - том перший та «Гінекологія» - том другий в схемах та таблицях, де викладені в доступній формі стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарям загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ).

Набутий досвід сімейного лікаря на кафедрі акушерства та гінекології допоможе покращити первинну медико-санітарну допомогу населенню, а головне покращить надання екстреної та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі, знизить відсоток запущених форм злоякісних пухлин у жіночого населення, покращить репродуктивне здоров'я жінок.

Такий напрямок підготовки лікаря ЗПСМ на етапі реформування охорони здоров'я допоможе налагодити тісний зв'язок із ЖК районних лікарень та області.

Мазорчук Б.Ф.

Психо-фізіологічні аспекти підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина».

Враховуючи наш досвід по підготовці лікарів акушер-гінекологів та в перепідготовці із лікарів-терапевтів та педіатрів на лікарів за спеціальністю – сімейний лікар переконливо приходимо до думок - з чого необхідно розпочинати перепідготовку.

По-перше, коли ми розпочинали заняття з колегами, які мали 30-35 років лікарняного стажу терапевта або педіатра, такі лікарі були в розпачі і психологічній депресії.

В таких ситуаціях необхідно поступово по типу фізіо-психо-профілактики, яка проводиться акушер-гінекологами з першовагітними, зняти «стресовий» стан в освоєнні предмета акушерства і створити позитив до їх майбутньої нової професії. Для цього необхідно створити у колег позитивну доміную Ухтомського, яка полягатиме в тому, щоб не залякувати їх складними випадками патологічного акушерства, материнською та перинатальною захворюваністю та смертністю.

Перші заняття ми проводимо з нормального, тобто, фізіологічного акушерства і наводимо прості акушерські приклади з нашої практики. На цих прикладах починаємо діагностику та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності згідно з чинним клінічним протоколом взяття вагітних на облік. Обов'язково при обговоренні тої чи іншої теми використовуємо наглядні таблиці, фантоми та ін. Доцільно заняття проводити не лише в навчальній кімнаті, а поєднувати їх з оглядом вагітних в жіночій консультації та акушерських стаціонарах.

За такою методикою ми зближаємо майбутніх сімейних лікарів з їх майбутньою роботою та пізнанням акушерства.

Ми переконалися в тому, що значну позитивну користь приносять проведені заняття в ЖК, в кабінеті фізіо-психо-профілактики, де практично, а не з книги отримують навички з акушерства сімейні лікарі і крок за кроком вдосконалюють свої знання та практичні навички з акушерства.

Згідно навчальному плану та уніфікованій програмі ми крок за кроком з лікарями-курсантами опановуємо 12 акушерських та 14 гінекологічних тем

направлених на оволодіння важливих питань охорони здоров'я жінки-матері та її репродуктивним здоров'ям.

Таким чином, ми переконливо рекомендуємо брати за основу наш досвід підготовки лікарів за фахом «Загальна практика - сімейна медицина», дотримуючись «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року.

Колектив кафедри акушерства та гінекології №1 підготував та видав для самостійної, допоміжної праці колегам - сімейним лікарям підручник в двох томах «Акушерство та гінекологія» - 2005- підручник для сімейних лікарів, за редакцією професорів: Мазорчука Б.Ф. та Жученка П.Г., який рекомендований центральним методичним кабінетом вищої медичної освіти МОЗ України. Крім цього нами підготовлено для видання методичні рекомендації для лікарів-інтернів та лікарів загальної практики - сімейної медицини «Основи оволодіння практичними навичками з акушерства та гінекології в підготовці сімейного лікаря».

Марчук І.А., Вуж Т.Є.

Важливість введення у навчальний процес підготовки лікарів типової наскрізної програми з питань профілактики ВІЛ – інфікування в ракурсі психологічної підтримки хворого

Протягом останніх 10 років ВІЛ – інфекцій в Україні набули епідемічного характеру. Тому для підвищення якості підготовки сучасних лікарів щодо медичних і соціальних питань ВІЛ – інфекцій була розроблена наскрізна навчальна програма до виконання наказу №313 від 08.05.2009 «Про оптимізацію підготовки спеціалістів з питань ВІЛ – інфекцій та запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини».

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні сьогодні — це один із важких викликів суспільству, що становить загрозу національній безпеці країни.

З часу виявлення в Україні 1987 року першого випадку ВІЛ-інфекції, станом на 1 вересня 2010 року офіційно зареєстровано 174 824 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України (зокрема, серед дітей у віці до 14 років — 26 255 випадків), у тому числі 33 415 випадків захворювання на СНІД (зокрема, серед дітей у віці до 14 років — 923 випадки), а також 19 083 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом (зокрема, 272 смерті серед дітей у віці до 14 років).

Аналіз статистичних даних указує на тенденцію до генералізації поширення ВІЛ-інфекції в країні: щороку кількість нових випадків інфікування зростає на 10-15 %, найбільш ураженою віковою групою залишаються люди молодого та середнього віку (18–39 років), збільшується кількість дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, а також число хворих, які потребують медичної та соціальної допомоги.

Особливу увагу необхідно приділити психологічній підтримці та допомозі людям, що хворіють на ВІЛ. Таку допомогу надають кваліфіковані спеціалісти – психологи у вигляді консультування.

Психологічним консультуванням називається особлива область практичної психології, яка пов'язана з наданням з боку фахівця-психолога безпосередньої психологічної допомоги людям, які потребують її, у вигляді порад і рекомендацій. Вони даються психологом клієнту на основі особистої бесіди і попереднього вивчення тієї проблеми, з якою в житті зіткнувся клієнт. Найчастіше психологічне консультування проводиться в наперед обумовлений час, в спеціально обладнаному для цього приміщенні, як правило, ізольованому від сторонніх людей, і в конфіденційній обстановці.

Науковці узагальнюють основні поняття психоконсультування у наступних положеннях :

- 1) Консультування допомагає людині вибирати і діяти за власним розсудом.
- 2) Консультування допомагає навчатися новій поведінці.
- 3) Консультування сприяє розвитку особистості.
- 4) У консультуванні головним є активність клієнта, а консультант створює умови, які заохочують його вольову поведінку.
- 5) Серцевиною консультування є "консультативна взаємодія" між клієнтом і консультантом.

У нашому суспільстві, на жаль, існує ряд соціальних проблем, пов'язаних із ВІЛ, і більшість із них виникає через нестачу інформації про вірус, дискримінацію ВІЛ-позитивних людей у суспільстві й недостатній державній підтримці.

Внаслідок дискримінації багато людей бояться пройти тестування на ВІЛ або розкрити свій ВІЛ-статус, що значно обмежує їх можливості отримати відповідне та своєчасне лікування. ВІЛ-позитивним українцям, які повідомляють про свій статус, часто відмовляють у наданні медичних та соціальних послуг, особливо коли вони належать до груп високого ризику. Значна кількість ВІЛ-позитивних людей стикається з порушенням прав на працю, освіту, медичну допомогу та конфіденційність діагнозу.

Консультування, проведене у вигляді співбесіди, - це незвичайна форма професійної діяльності для терапевтів, хірургів, акушерів. Такий вид роботи більш властивий психіатрам, психотерапевтам, психологам. Консультування широко застосовується в центрах профілактики і боротьби зі СНІДом, у кабінетах довіри. Однак у сформованій епідемічній ситуації навиками консультування (принаймні, дотестового і післятестового) повинні володіти медики різних спеціальностей, тому що саме вони рекомендують обстеження на ВІЛ наприклад, при обстеженні вагітних, при тестуванні за клінічними показниками) і найчастіше першими повідомляють його результат. За рекомендацією ВОЗ, для медичних працівників проводять тренінги, семінари, видаються навчальні посібники, що навчають консультуванню. При виявленні ВІЛ-інфекції подальше консультування з питань ВІЛ-інфекції проводять, як правило, підготовлені фахівці - професійні психологи. Однак відповідно до законодавства України і регламентуючих документів, ВІЛ-інфіковані пацієнти

мають право одержувати допомога в будь-яких лікувально-профілактичних установах, а не тільки в центрах профілактики і боротьби зі СНІДом.

Найчастіше консультування проводять в установах, де проходять добровільне тестування на ВІЛ (центри профілактики і боротьби зі СНІДом, кабінети довіри, наркологічні диспансери). Консультування також варто проводити в лікувальних установах - лікарнях, поліклініках, диспансерах інших профілів, жіночих консультаціях при тестуванні вагітних. Можливе проведення консультування в пересувних пунктах довіри, наближених до місць частотої появи або скупчення осіб з сумнівною репутацією.

Консультування при добровільному тестуванні на ВІЛ повинно проходити в спокійній обстановці, що забезпечує конфіденційність і можливість обговорювати питання сексуальних відносин і особисті проблеми. Для проведення якісного консультування необхідно виділяти досить часу, щоб досягти взаєморозуміння з пацієнтом, надати йому необхідну інформацію, допомогти оцінити індивідуальний ризик і прийняти рішення про подальший спосіб життя.

Конфіденційність - важлива складова консультування при добровільному тестуванні. При відсутності гарантій конфіденційності багато людей не погоджуються на тестування, боячись дискримінації і відчуження у випадку позитивного результату.

Пацієнта потрібно довести до відома про те, що усе своє життя він буде джерелом ВІЛ-інфекції, і йому необхідно подумати про те, щоб не заразити сексуального партнера. Потрібно обговорити, що і як пацієнт може і хоче змінити у своїй поведінці. Психологічна корекція базується на консультуванні і припускає цілеспрямований психологічний вплив на клієнта або пацієнта з метою приведення його психічного стану до норми у випадках діагностики в нього яких-небудь характерологічних або особистісних аномалій, а також для освоєння їм якої-небудь діяльності. Психологічна корекція в клінічній психології спрямована на активне зовнішнє втручання у формування адекватного і шуканого психічного стану людини, його активності і щиросердечного комфорту, гармонізації його відносин із соціальним оточенням.

Процес підготовки лікарів за наскрізною програмою «Профілактика ВІЛ – інфікування, попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностика лікування ВІЛ – інфікованих та соціально – психологічна підтримка людей, що живуть з ВІЛ» є дуже важливим в сучасному світі, де поширюється епідемія даного захворювання. В результаті вивчення матеріалу курсу лікар у ракурсі психології буде володіти навичками проведення консультування пацієнтів з питань діагностики, медичного ведення та профілактики ВІЛ – інфекцій, зможе брати участь у профілактичних програмах для різних груп населення, в першу чергу підлітків та молоді.

Масіброда Н.Г.

Роль сімейного лікаря в оцінці статевого розвитку дівчаток

Зміни системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини має удосконалити систему медичної допомоги, наблизити її до кожного члена сім'ї.

Первинний рівень забезпечить спостереження сімейним лікарем здорової дитини (дівчинки).

Період статевого дозрівання дівчинки (пубертат) - це дуже важливий перехідний період життя від дитинства до статевої зрілості. Зміни в організмі в цей період, в подальшому, будуть визначати стан репродуктивного здоров'я майбутньої жінки.

Для сімейного лікаря важливо пам'ятати періоди розвитку дівчинки та знати послідовність появи вторинних статевих ознак.

Вже на 8-му тижні внутрішньоутробного розвитку в ембріональних зачатках яєчників утворюються оогонії - майбутні яйцеклітини, які потім зазнають послідовні стадії змін і перетворюються на первинні фолікули (пухирці, що містять в собі яйцеклітини). Розвиток статевої системи плода частково пов'язаний з впливом материнських, переважно плацентарних гормонів. На момент народження дівчинки кількість фолікулів досягає 400 - 500 тисяч, протягом дітородного періоду жінки вони періодично дозрівають.

У період дитинства (від народження до 10 - 11 років) організм в стані статевого спокою. З 10 років значно збільшується секреція естрогенів, а за 1-1,5 року до початку місячних вона носить циклічний характер. До цього часу спостерігається посилене виділення гонадотропних гормонів.

Період статевого дозрівання починається в 10 - 11 років і закінчується в 16 - 18 років та пов'язаний з ростом та розвитком первинних фолікулів яєчника. В цьому періоді починається секреторна функція яєчників з утворенням естрогенних гормонів. Під їх впливом розвиваються вторинні статеві ознаки, ростуть внутрішні та зовнішні статеві органи, молочні залози. На лобку та в пахвинних ямках з'являється волосяний покрив. Збільшення розмірів тазу і формування його по жіночому типу супроводжується розвитком підшкірно жирового шару.

В період статевого дозрівання з'являються місячні, встановлюється менструальний цикл.

Першою помітною ознакою статевого дозрівання можна вважати нагрубання молочних залоз. Спочатку вона тільки прощупується, потім починає випинатися навколососкова ареола. Поступово грудні залози збільшуються, у них відкладається жирова тканина. В подальшому вони набувають форми зрілої молочної залози. Через 2-3 роки після цього слід очікувати появу першої менструації (менархе).

У дівчаток загальноновизнаною вважається наступна послідовність появи вторинних статевих ознак:

-8-9 років - прискорення росту тіла, незначне збільшення обводу тазу, округлення стегон, незначна пігментація ореолів сосків;

-9-10 років - ріст сосків;

-10-11 років - нагрубання молочних залоз, поява волосся на лобку;

-11-12 років - ріст зовнішніх і внутрішніх статевих органів, подальше збільшення молочних залоз, поява пахвинного оволосіння;

12-13 років - пігментація сосків, інтенсивний ріст тіла, збільшення молочних залоз, подальший ріст волосся на лобку, поява білей і менархе;

-14-15 років – формування овуляторних циклів;

-17-18 років - припинення росту скелета.

У більшості дівчаток у віці 12 - 13 років починається менструація - основний показник статевого дозрівання. Початок та завершення статевого дозрівання залежить від кліматичних та побутових умов, частоти інфекційних хвороб, харчування дівчинки та інших факторів.

Знання фізіології періоду статевого дозрівання дасть змогу сімейному лікарю вчасно виявити відхилення, обстежити дівчинку, а при необхідності направити на консультацію до дитячого гінеколога.

Масіброда Н.Г., Чайка Г.В., Мазорчук Б.Ф.

Роль сімейного лікаря в наданні допомоги вагітним-підліткам

Реформування системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини має забезпечити удосконалення системи медичної допомоги, наближення її до кожної сім'ї.

Надання первинної медико-санітарної допомоги забезпечують лікарі загальної практики - сімейної медицини.

Планується, що на первинному рівні відбуватиметься спостереження сімейним лікарем здорової дитини, здорової вагітної протягом всього періоду вагітності та консультування з питань збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, надання долікарської та лікарської невідкладної допомоги та, у разі необхідності, направлення або залучення окремих консультантів.

В «Наскрізну програму» підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» входять питання ведення неускладненої вагітності у підлітків.

Ранньою вагітністю (її ще називають підлітковою) прийнято рахувати стан вагітності у дівчаток-підлітків 13-18 років.

За результатами досліджень ,частота пологів у юних вагітних на сьогодні в Україні складає від 1,8 до 2,7% і має тенденцію до зростання з року в рік. На вік 13-18 років при народженні першої дитини припадає практично 20% пологів у всіх вікових групах.

Як правило, підліткова вагітність є незапланована і, як наслідок, в 70% випадків закінчуються абортами, причому на пізніх термінах, 15% — викиднями і лише 15% доводиться на пологи.

За даними ВООЗ, у світі на сьогодні проживає більше 13 мільйонів людей, народжених жінками, які не досягнули 18-річного віку. Незапланована вагітність може стати серйозною проблемою для здоров'я матері і дитини. Сімейний лікар має знати фактори ризику виникнення ускладнень підліткової вагітності:

- запізнений початок допологового догляду. Вагітна-підліток потребує медичного спостереження, як тільки вона зрозуміє, що вагітна. Підлітки, зазвичай, переживають страх, очікуючи наперед негативну реакцію з боку їх сім'ї, вчителів, і таким чином, лікування, за необхідністю, розпочинається вже зі значним запізненням. Вагітна не отримує своєчасні консультації з питань правильного харчування і дієти, необхідності проведення обстежень.

Відсутність консультування з питань харчування надто важливе і принципове питання, оскільки ми маємо справу з двома активно ростучими організмами – з одного боку це підліток, а з другого – це плід, якого вона виношує. Це консультування вкрай необхідне для профілактики дефіциту важливих нутрієнтів: тваринних білків, фолієвої кислоти, вітамінів, мікроелементів та інші харчових чинників. Рівні феритинів і фолатів у крові пуповини плода зростаючої дівчини-підлітка нижчі, ніж у зрілих жінок; різниця концентрації становить більше 20 %. Якщо у харчовому раціоні матері-підлітка будуть відсутні життєво важливі поживні речовини, то їхні діти мають ризик народитися з низькою масою тіла;

- вживання алкоголю і наркотиків. Серед матерів-підлітків відсоток зловживання алкоголем та наркотиками суттєво вищий у порівнянні з популяцією жінок репродуктивного віку, що створює підвищений ризик заподіяння шкоди здоров'ю їхніх дітей.

Перебіг вагітності і пологів у юних жінок характеризується високим рівнем ускладнень (до 70%). Серед них перші місця займають анемії вагітних, пізні гестози, передчасні пологи, затримка внутрішньоутробного розвитку, кровотечі, асфіксії новонароджених.

Наявність ризику вищевказаних ускладнень вагітності і пологів у підлітків дає підстави сімейному лікарю розглядати і відноситись до даного питання як не лише до акушерської, а й серйозної соціальної, психологічної проблеми, яка потребує його допомоги .

Сімейний лікар повинен пам'ятати, що переважна більшість юних вагітних відносяться до високої групи ризику материнської та перинатальної патології, і відповідний нагляд та надання допомоги їм мають забезпечувати заклади III рівня.

Михайлюк Г. Т.

Латинська мова в системі підготовки лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”

Латина, як наднаціональна знакова система, застосовується у професійних мовах різних наук. Знання латинської мови необхідні спеціалістам різних галузей, оскільки соціально-політичні, філологічні, технічні, медичні, юридичні та інші терміни походять переважно від старогрецької та латинської мов, які є своєрідним “будівельним матеріалом”.

При підготовці лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина” та на вимогу часу традиційний курс латинської мови трансформувалася в якісно нову дисципліну термінологічного спрямування.

Сімейний лікар не обмежується лікуванням лише одного захворювання. Застосовуючи найсучасніші доступні методи діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів, знаючи та правильно формулюючи клінічні діагнози згідно сучасної кваліфікації хвороб, заповнюючи рецепт, сімейний лікар демонструє комплексну, якісну підготовку фахівця нової формації.

Медична наука швидко розвивається. Як наслідок щорічно з’являється близько двох тисяч нових термінів, які граматично та графічно оформлюються латинською мовою. Виникає необхідність у систематизації цього величезного обсягу накопичених знань на номінативному рівні.

Латинська мова, зокрема методика її викладання, у медичному вищі не є застиглою системою. Об’єктом вивчення є мовні елементи, теоретичні та практичні аспекти сучасного міжнародного термінотворення.

Особливістю новітніх підручників з дисципліни окрім викладення основного курсу є подання значної кількості додатків – назв клінічних діагнозів, медико – технічних термінів (лексико – семантичний та етимологічний аспекти найменувань приладів, інструментів, апаратів для обстеження), систематизованих таблиць окремих терміноелементів, алфавітних показників назв лікарських рослин, фармацевтичних термінів, відомостей з міжнародної хімічної номенклатури, списку висловів ділового та наукового мовлення, спеціальної фразеології etc.

Новітні термінологічні словники – довідники, онлайн – словники уникають архаїчних тлумачень понять. На підставі наукових даних, а не традиційних поглядів зазнає деяких змін фонетика. Виходячи з практичних міркувань, вносяться зміни у розподіл та визначення морфологічного матеріалу.

Усі нововведення відповідають вимогам освітньо–кваліфікаційної характеристики підготовки лікарів та наскрізної програми, затвердженої МОЗ України.

Інтеграція нових знань та умінь у постійний процес надання медичної допомоги забезпечує безперервний професійний розвиток лікаря, який напрямком своєї діяльності обрав спеціальність “Загальна практика – сімейна медицина”.

Мостовой Ю.М., Томашкевич Г.І., Пентюк Н.О., Ткаченко Т.В.

Засвоєння знань та умінь лікарями інтернами за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»

Лікарі-інтерни, з однієї сторони, мають достатній багаж теоретичних знань, певні практичні навички, з іншої сторони, у них виникають труднощі під час аналізу отриманих даних, проведення диференційного діагнозу встановлення діагнозу. Це можна пояснити необхідністю самостійно приймати рішення без підтримки одногрупників, допомоги викладача,

розумінням відповідальності за здоров'я та життя хворого. Від дій лікаря загальної практики залежать економічна ефективність і доцільність допомоги пацієнтам, що є одним з найважливіших принципів сімейної медицини.

Викладання розділу «Гастроентерології» лікарям інтернам дозволило нам зробити наступні висновки. Кінцевою метою обстеження хворого лікарем є встановлення діагнозу, що відповідає МКХ-10. У більшості хворих захворювання носить обтяжений характер та стадію декомпенсації, супроводжується супутньою патологією. З проаналізованих нами 96 історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення у 91 пацієнта (94,8%) має місце супутня патологія, з них у 48 хворих (50%) - патологію шлунково-кишкового тракту в анамнезі (при чому 19 пацієнтів – поєднання 3-4 захворювань). Всю наявну патологію включає клінічний діагноз. Але навіть існуючі державні стандарти лікування не зовсім допомагають у лікуванні таких пацієнтів. Уважний лікар намагається надати допомогу хворому в повному об'ємі, а такий підхід призводить до поліпрагмазії.

Завданням викладача є спрямувати лікаря інтерна на пошук ведучого синдрому, навіть не захворювання, який є причиною звернення пацієнта за медичною допомогою. Адже набагато легше визначити ознаки синдрому, що мають єдиний патогенез, та призначити патогенетичне лікування. Лікувати кілька захворювань, не знайшовши першопричину, набагато складніше. Слід враховувати й те, що до складу одного захворювання входить кілька синдромів, які містять велику кількість симптомів. А симптоматичне лікування призводить до поліпрагмазії, не усуваючи власне причини хвороби.

Клінічним прикладом такої ситуації є захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Більшість із них ґрунтується на синдромі гіперацидності, в основі якого лежить збільшення продукції соляної кислоти шлунковими залозами. Скарги хворого на голодний, нічний, пізній біль в епігастральній ділянці є підставою для призначення пацієнту препаратів, що пригнічують продукцію соляної кислоти, як патогенетичної терапії. Об'єктивні симптоми в даній клінічній ситуації малоінформативні.

Диференційну діагностику, перш за все, слід проводити не з іншими захворюваннями шлунково-кишкового тракту, а з синдромами гіпоацидності, гіперферментемії підшлункової залози, гіперкінезу гладенької мускулатури жовчо-вивідних шляхів, відділів товстої кишки, тощо.

Другим кроком діагностики та лікування синдрому гіперацидності є встановлення зв'язку з інфікованістю пацієнта. Якщо статус пацієнта асоційований з інфекцією, то призначається антибактеріальна терапія відповідно до Маахстрихтського консенсусу - 4 (2010 рік).

Синдром гіперацидності лежить в основі низки захворювань, а саме функціональної шлункової диспепсії, хронічного неатрофічного гастриту, пептичної виразки шлунку або дванадцятипалої кишки, НПЗП-асоційованої гастропатії. Але їх лікування не відрізняється, тому що ґрунтується на синдромальному підході. Підтвердження органічних змін шлунку та дванадцятипалої кишки потребує проведення інвазивного методу обстеження фіброгастродуоденоскопії з обов'язковою множинною біопсією з метою

визначення наявності *H. pylori* (контроль ерадикації); підтвердження лейкоцитарної або мононуклеарної інфільтрації – ознаки неатрофічного гастриту, кишкової метаплазії, виключення ускладнень.

За статистичними даними у 70-80% хворих відсутні органічні морфологічні зміни слизової оболонки шлунку, призначення інгібіторів протонної помпи усуває больовий синдром протягом перших 2 діб, протягом року біля 30-40% пацієнтів звертається до лікаря повторно, а після проведення ерадикаційної терапії – 15-20%. Тому доцільно саме цій частині хворих проводити ФГДС метою вибору тактики лікування.

Призначення інгібітора протонної помпи не потребує додаткового призначення препаратів спазмолітичної та прокінетичної дії, тому що ці зміни є вторинними, а це попереджає поліпрагмазію.

Дана клінічна ситуація є прикладом того, що саме синдромальний підхід у обстеженні хворого, диференційній діагностиці, лікуванні є найбільш виправданим у підготовці лікарів інтернів загальної практики та сімейної медицини і їх подальшій самостійній роботі.

Мунтян Л.М., Ромашкіна О.А.

Впровадження наукових розробок кафедри ортопедичної стоматології в навчальний процес

В умовах сучасного темпу і динамічності розвитку стоматологічної науки актуальною є проблема ознайомлення студентів із новітніми науковими розробками, які уже впроваджені в практичну охорону здоров'я. Ми вважаємо, що однією з ефективних форм навчання є введення в лекційний курс і в тематику практичних занять матеріалу з кафедральними науковими розробками.

Так, наприклад, у лекційному курсі з ортопедичної стоматології в розділі «Ортопедичне лікування захворювань тканин пародонту» звертається увага на більш раціональну й досить ефективну конструкцію апарату для ортодонтичної підготовки фронтальних зубів у комплексному лікуванні захворювань пародонту, розроблену на кафедрі (Л.М.Мунтян, О.А.Ромашкіна, 2005).

1) Конструкція апарату є більш гігієнічною в порівнянні з раніше запропонованим апаратом Енгля.

2) Конструкція апарату сприяє підвищенню ефективності комплексного лікування пародонти ту, досягненню в кінцевому результаті – стійкого та довготривалого періоду ремісії захворювань.

3) Конструкція апарату зменшує витрати на виготовлення тимчасових шинуючи зубних протезів.

4) Конструкція апарату забезпечує збільшення терміну повноцінного функціонування зубних протезів, фіксованих на зубах після ортодонтичної підготовки, та покращення їх естетичних властивостей.

Ознайомлення студентів з кафедральними науковими розробками дозволяє розширити коло зору студентів та в майбутньому дасть поштовх для

індивідуального вибору ефективного методу лікування в кожному конкретному клінічному випадку.

Навроцький В.А.
**Особливості підготовки іноземних студентів
на кафедрі дитячої хірургії**

За останні 10-15 років розвитку освіти в Україні більшої ваги починають набувати проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів, в тому числі і у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова.

Підготовка іноземних студентів на кафедрі дитячої хірургії проводиться на протязі більш ніж 30 років, майже на кінцевому етапі навчання (5-6 курси навчання).

Головною метою учбового процесу на кафедрі дитячої хірургії, є необхідність навчити студентів вмінню правильно оцінити дані теоретичної підготовки, зібраний анамнез хворої дитини, аргументовано оцінити та інтерпретувати клінічну інформацію результатів лабораторних досліджень та допоміжних методів обстеження (УЗД, рентгенограми, КТ, доплерографії, КТГ та ін.) з ціллю встановлення попереднього діагнозу і складання плану лікування хворої дитини.

На 5 курсі заняття проводяться з вивчення тематичної програми з питань діагностики, надання невідкладної лікарської допомоги та послідуочого лікування дітей з гострою невідкладною хірургічною патологією.

Складаючи робочу програму з дитячої хірургії були ураховані особливості типових патологічних процесів в залежності від вікових груп дітей: « Особливості гнійно-запальних захворювань м'яких тканин та кісток у дітей», «Особливості гострого апендициту та перитонітів у дітей», «Доброякісні та злоякісні пухлини м'яких тканин у дітей», «Політравма у дітей» оскільки майбутній спеціаліст, у незалежності від його професійної спеціальності, зіткнеться з даними хворобами у дітей.

Для проведення практичного заняття з метою вирішення проблеми клінічної підготовки (у першу чергу – контакт «студент-пацієнт») необхідно приділити велику увагу розвитку етіопатогенезу та розвитку патологічного процесу у дітей, передбачити особливості його перебігу на всіх етапах лікування, а це, в свою чергу, дає можливість передбачити і профілакувати поширення процесу хвороби і переходу її в хронічну форму.

Проводячи заняття на 6 курсі, звертаємо увагу на повторення питань, які вивчалися на 5 курсі, а також опановуємо розділами з вроджених вад розвитку дитини з особливостями ранньої діагностики та надання невідкладної допомоги. Вивчаючи теми: « Вроджені вади розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю у дітей», «Вроджені вади розвитку товстої кишки та аноректальні вади розвитку», «Вроджені вади

розвитку опорно-рухового апарату дитини» - звертаємо увагу на важливість ранньої діагностики патології, що сприяє більш позитивним результатам подальшого лікування ніж така ж діагностика в більш пізні строки, з більш складнішим планом лікування та більшим відсотком виникаючих ускладнень.

Всі ці питання учбового процесу проводяться в палаті «біля ліжка хворої дитини», де можна більш об'єктивно оцінити виявленні симптоми після огляду дитини, проведеної аускультатії, пальпації та перкусії. Це сприяє виявленню теоретичних знань студента, його аналітичне вміння, об'єктивність та надійність лікарняного мислення.

Вірно побудований навчальний процес має надзвичайно важливу роль у підготовці майбутнього лікаря-спеціаліста.

Альтернативним методом підготовки іноземних студентів на кафедрі дитячої хірургії є проведення заняття в окремих групах на англійській мові, а це в свою чергу відкриває нові економічні резерви в вітчизняній медицині в збільшує конкурентоздатність на міжнародних ринках вищої освіти

На кожній лекції та практичному занятті звертаємо увагу студентів на особливості перебігу патологічного процесу у дітей в залежності від віку дитини, починаючи з періоду новонародженості і в більш старшій віковій групі.

Маючи певний досвід викладання дитячої хірургії студентам V та VI курсів рахуємо за доцільне - необхідність розробки наскрізних навчальних програм (як теоретичних так і практичних) з метою забезпечення використання суміжних дисциплін при вивченні навчальних матеріалів з дитячої хірургії, що дасть можливість вільно користуватись раніше набутими знаннями.

Таким чином, підготовка іноземних студентів V та VI курсах лікувального факультету потребує повсякденної напруженої роботи всього колективу співробітників кафедри та колективу клінічної лікарні.

Нагайчук В.І.

Об'єм надання допомоги відмороженим лікарями за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»

На сьогодні склались соціально-економічні умови в державі, коли контингенту хворих з холодовою травмою, в тому числі і людям без певного місця проживання, медична допомога надається на недостатньому рівні. Разом з тим, відсутність чіткої, патогенетично обґрунтованої тактики при наданні само-, взаємо- та першої медичної допомоги сприяє некрозу тканин, ампутаціям кінцівок на більш високих рівнях та глибокій інвалідизації відморожених з втратою самообслуговування.

Мета роботи – на основі наукового, патогенетично обґрунтованого розвитку холодової травми розробити для лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» об'єм надання допомоги хворим з відмороженнями.

Матеріали та методи. Нами проаналізовані результати лікування 45 хворих з відмороженнями, які лікувались в різних медичних закладах, в тому числі і в опіковому відділенні з 2003 по 2011 р.р. В першій групі (28 хворих) надавалась само- та взаємодопомога шляхом розтирання, масажування, занурення в теплу воду. За медичною допомогою хворі звертались через 1-5 діб після відмороження. Хворі другої групи (17 відморожених) само-, взаємодопомогою не займались, а звернулись у медичні заклади, де їм були накладені термоізолюючі пов'язки та проведена інфузійно-трансфузійна терапія. Хворим обох груп виконувалась рання некректомія, ксенопластика, проводилась загальноприйнята медикаментозна та симптоматична терапія.

Аналізували результати лікування хворих з холодовою травмою в залежності від способів надання само-, взаємо- та першої медичної допомоги.

Результати та обговорення. Порівняльна характеристика двох груп показала, що доопераційний період з моменту травми в першій групі склав $4,03 \pm 0,7$ л/дня. В другій групі доопераційний період був $2,1 \pm 0,3$ л/дня ($P < 0,05$). Термін лікування хворих в першій групі $45,3 \pm 1,6$ л/дня проти $41,7 \pm 1,9$ л/дня в другій групі ($P > 0,05$). Разом з тим, якщо в другій групі ампутації проведено тільки на рівні фаланг пальців (5,9 % хворих), то в першій групі проведені ампутації як на рівні фаланг пальців (14,3 % хворих), так і на рівні передпліч (3,6 % хворих) та гомілок (7,1 % хворих).

Холодовий фактор діє на тіло людини як у вертикальному (шкіра – кістки), так і в горизонтальному (периферія – центр) напрямках. Гіпотермія та замерзання тканин поширюється як з поверхні шкіри до глибоких структур, так і з периферії до центру. Як правило, в першу чергу ушкоджуються кисті, ступні та відкриті ділянки тіла (ніс, вуха, обличчя). При цьому розвивається спазм периферичних судин, агрегація формених елементів та стаз крові з наступним формуванням тромбів.

Відновлення кровообігу, розмерзання та розігрівання тканин повинно поширюватись у зворотному напрямку (від центра до периферії), з глибини тканин до поверхні. Передчасне відновлення життєдіяльності клітин без відновлення кровообігу веде до їх загибелі. Тому, для ушкоджених холодом тканин ми повинні створити умови термосу, в яких тривалий час могли б перебувати, законсервовані холодом, кінцівки. Ніяких травмуючих зігріваючих маніпуляцій на периферичних відділах кінцівок. Цього можливо досягнути шляхом накладання ізотермічних пов'язок: кінцівки від кистів (ступнів) до плечових (кульшових) суглобів загорнути плівкою, краще полівінілхлоридною, поверх якої термоізолюючий матеріал (вата, шерстяна тканина, тонкий паралон), знову шар плівки та забинтувати марлевым бинтом (декларційний патент України на корисну модель № 63908).

Об'єм допомоги: ізотермічні пов'язки, вживання великої кількості теплового питва, знеболювальні та серцево-судинні препарати, якомога швидша госпіталізація потерпілих в найближчий лікувальний заклад.

Висновки та перспективи подальших розробок.

1. Відновлення життєдіяльності клітин без відновлення кровообігу веде до їх загибелі.

2. Тривала консервація охолоджених кінцівок в умовах ізотермічних пов'язок з відновленням кровообігу та життєдіяльності клітин від центру до периферії під дією тепла власної крові дозволяє зберегти кінцівки або значно понизити рівень ампутацій.

Перспективним, на наш погляд, є вивчення перебігу ранового процесу в умовах ізотермічних пов'язок.

Нагайчук В.І.

Об'єм надання допомоги обпеченим лікарями за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»

Глибокі опіки більше 30 % поверхні тіла і сьогодні в більшості випадків є несумісними з життям. Успіх у збереженні життя хворим з опіками залежить від багатьох причин, в тому числі і від невідкладного, патогенетично обґрунтованого надання само- та взаємодопомоги на місці травми.

Мета роботи – на основі наукових досліджень патогенетично обґрунтувати об'єм само-, взаємо- та першої медичної допомоги обпеченим для лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

Матеріали та методи. Порівняльному аналізу були піддані результати лікування 250 пацієнтів Вінницького опікового відділення, яким само-, взаємо- та перша медична допомога надавалась різними способами. Всі пацієнти отримали опіки низькотемпературним агентом – окропом. В першій групі (132 потерпілих) з метою надання допомоги рани покривали маслами тваринного чи рослинного походження. В другій групі (118 обпечених) проводили швидку нейтралізацію травмуючої дії екзогенного чинника криничною або водогінною водою. Хворі обох груп отримували прийняту в клініці медикаментозну та симптоматичну терапію.

Аналізували доопераційний період, глибину опікового ураження в залежності від способів надання допомоги та терміни лікування.

Результати та обговорення. Аналіз результатів лікування показав, що доопераційний період в обох групах був у межах 1,6-1,8 л/дня. Хворим обох груп виконували ранню некректомію з наступним закриттям післяопераційних ран ксенодермотрансплантатами. У 96,7 % хворих другої групи повна епітелізація ран під ксеношкірою наступала до 14 доби. У 93,4 % хворих першої групи після відшарування ксенодермотрансплантатів діагностовано глибокі гранулюючі рани, які закривали вільними аутодермотрансплантатами, що свідчило про поглиблення опікових ран при наданні само-, взаємо- та першої медичної допомоги маслами тваринного або рослинного походження та збільшувало терміни лікування, порівняно з першою групою, в 2,3 раза ($P < 0,05$).

На глибину опіку впливають два чинники: потужність зовнішнього травмуючого агента та експозиція його дії, які і обґрунтовують тактику надання само-, взаємо- та першої медичної допомоги хворим в момент опіку – зведення до мінімуму експозиції травмуючої дії зовнішнього агента шляхом його швидкої нейтралізації.

Для нейтралізації травмуючої дії екзогенного чинника достатньо на 10-15 хв. занурити обпечені ділянки шкіри у воду, стати під душ або провести нейтралізацію цупкими тканинами, зволоженими у криничній або водогінній воді.

З нейтралізацією екзогенного травмуючого чинника ми не вирішуємо остаточно проблеми профілактики поглиблення опікових ран, так як після опіку в уражених тканинах температура зростає до 60-70°C і вище, а білок коагулює при температурі 44-45°C.

Практика показала, що нейтралізація травмуючої дії ендогенного чинника криничною або водогінною водою проводиться від 5-6 годин до доби. Стабільна нормалізація температури тіла та відсутність больової імпульсації з обпечених ділянок свідчить про повну нейтралізацію травмуючої дії екзо-, ендогенного чинників ураження та є критерієм до її закінчення.

Об'єм допомоги: зняти обручки з пальців, при необхідності відновити прохідність дихальних шляхів та провести штучну вентиляцію легень і непрямий масаж серця; негайно почати нейтралізацію травмуючої дії екзо-, ендогенних чинників ураження обпечених ділянок шкіри криничною чи водогінною водою; забезпечити якнайшвидшу госпіталізацію потерпілих в найближчий лікувальний заклад.

Висновки та перспективи подальших розробок.

1. Використання масел тваринного або рослинного походження з метою надання допомоги потерпілим в момент опіку сприяє поглибленню опікових ран, а при поширених опіках ставить під загрозу життя хворого.

2. Швидка нейтралізація травмуючої дії екзо-, ендогенних чинників ураження криничною чи водогінною водою зупиняє поглиблення опікової рани, що при поширених опіках шкіри низькотемпературними агентами дозволяє зберегти життя обпеченим.

Перспективним, на наш погляд, є вивчення перебігу ранового процесу при різних способах надання допомоги потерпілим в момент опіку.

Наливайко О. Б., Шкрабалюк В. М.

Професійна культура майбутнього сімейного лікаря як фактор успішності професійної діяльності

Упровадження сімейної медицини в Україні – важливе завдання, реалізація якого вимагає соціальної підготовки молодого фахівця у вищому навчальному медичному закладі і покладає більше відповідальності на сімейного лікаря. Лікарська спеціальність «загальна практика – сімейна медицина» зазначається як багатопрофільна діяльність лікаря на етапі

первинної допомоги під час первинного звернення хворого. Наряду з цим виникає потреба в кваліфікованих кадрах для сімейної медицини та молодих фахівців педіатричної справи з високою професійною культурою.

Розвиток сучасного суспільства, реформування медицини з метою інтеграції у світову спільноту – це шанси для медичних вузів України, серед яких величезну роль відіграє підвищення якості професійної культури майбутніх сімейних лікарів.

Прогрес у галузі медицини вимагає від сучасного фахівця володіння спеціальними знаннями, зокрема, педагогічного уміння спілкуватися з пацієнтами та потребує високого рівня професійної культури.

Навчальною програмою студентів-медиків передбачено вивчення ряду предметів соціально-духовної спрямованості: релігієзнавство, філософія, історія медицини, мовознавство, етика тощо.

Увага до проблем формування професійної культури майбутнього сімейного лікаря має виключно актуальне значення. Питання відокремлення професійної культури фахівців різного профілю в структурі їхньої загальної культури вже привернули увагу чималій кількості дослідників. Аналіз поняття «професійна культура» показав, що в науці розробляють такі аспекти проблеми, як загальна, гуманітарна і професійна культура, цінності особистості, їх вікові особливості, механізми формування.

Як допомогти майбутньому лікарю розібратися в собі й знайти своє професійне обличчя? Як розвинути його професійну культуру й професійне мислення? Як виробити власний стиль взаємодії з хворими, з колегами тощо? Як подолати сучасні стереотипи у поглядах на суть медичної діяльності? Ось, на нашу думку, на що треба звернути увагу як викладачів, так і майбутніх лікарів під час навчального процесу. Як викладачі гуманітарного циклу і як куратори груп, ми приділяємо велику увагу професійній підготовці студентів – майбутніх сімейних лікарів та формуванню професійної культури.

Наприклад, проводяться зустрічі зі студентами і спілкування з приводу таких гострих проблем сьогодення як СНІД, боротьба з курінням; готуються цікаві статті на іноземній мові по цим життєво важливим проблемам; надається інформація, яку готують самі студенти на іноземній мові. Пошук інформації відбувається з українських, англійських, канадських, французьких та інших журналів про вбивчу силу куріння, про загублені молоді життя. Ці факти мають велике інформативне значення, змушують замислитись над важливими проблемами сьогодення. Культура поведінки лікаря, який дає позитивний приклад іншим – це велика виховна сила, яка діє на пацієнтів найкраще. Є багато способів позитивного впливу на культуру майбутнього спеціаліста - медика з проведенням дискусій на актуальні професійні теми, зустрічей з цікавими людьми, проведенням конференцій про видатних вчених-медиків, про проблеми, що стоять перед медициною сьогодні.

Отже, професійна культура майбутнього сімейного лікаря як фактор успішності професійної діяльності є одним з головних аспектів ступеневої медичної освіти.

На основі аналізу сутності та змісту процесу формування професійної культури зроблено висновок, що професійне становлення майбутнього фахівця відбувається не лише в рамках навчально-виховного процесу, а також у позанавчальній діяльності – педагогічно доцільній формі організації вільного часу студентів, що відзначається позанормативністю й індивідуальним характером, забезпечує набуття спеціальних знань, навичок і умінь, які відповідають змісту педагогічної професії і є особливим соціокультурним середовищем, що створює умови для розвитку особистісних якостей, зумовлених специфікою педагогічної праці. Ми вважаємо, що професійну підготовку лікарів треба розглядати як складову ступеневої освіти, що передбачає оволодіння знаннями, вміннями, навичками майбутнього фахівця, спрямовану на максимально повноцінну професійну самореалізацію особистості та зорієнтовану на забезпечення якісної освіти.

Таким чином, застосування сімейним лікарем у медичній практиці індивідуально-типологічного підходу до хворого як до цілісної особистості, бажання вивчити людину на усіх рівнях, знання динамічного соціопсихологічного портрету пацієнта та виховання професійного ставлення до праці та пацієнта – шлях до вирішення основного завдання та досягнення мети – збереження здоров'я кожного громадянина нашої держави.

Некрут Д.О., Ільченко О.В.

In vitro модель для вивчення процесів ультрафіолетового зрощення (UV-X)

За даними сучасної літератури, ймовірність інфекційного ураження рогівки досить велика не тільки при травматичних ураженнях рогівки, але й в осіб, які користуються контактними лінзами, і, так само, як ускладнення соматичних захворювань. Існуючі методи лікування травми рогівки є недостатньо ефективними, мають безліч побічних ефектів, сприяють формуванню лікарської залежності і алергізації.

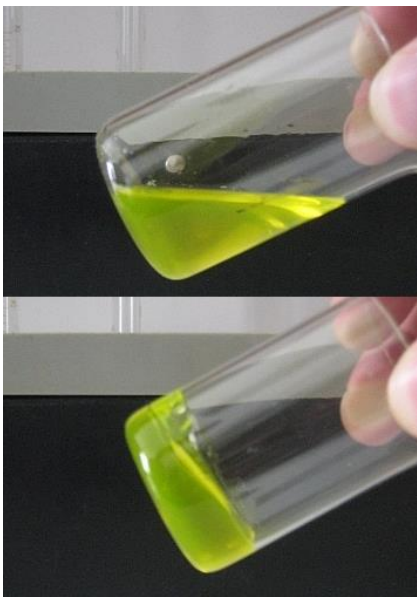
Актуальність проведення повноцінної реабілітації пацієнтів з виразковим ураженням рогівки різної етіології обумовлена недостатньою ефективністю традиційних методів лікування навіть при сучасному спектрі антибіотиків через полівалентну стійкість мікроорганізмів до застосовуваним антимікробних препаратів.

Нові можливості лікування відкриває фотодинамічна терапія (ФДТ) із застосуванням різних фотосенсибілізаторів (ФС). ФДТ обумовлена здатністю фотосенсибілізатора при впливі світла з довжиною хвилі, відповідної піку поглинання ФС, генерувати синглетний кисень та інші активні радикали, що мають токсичну дію на хвороботворних бактерій. Крім

того, при ФДТ утворюються додаткові хімічні зв'язки між молекулами колагену, з яких побудована тканини рогівки (перехресне зв'язування рогівкового колагену за допомогою рибофлавіну - Corneal Collagen Crosslinking with Riboflavin - "CCC-R", або ультрафіолетове зрощення - UltraViolet-Crosslinking - "UV-X").

Подібна процедура дозволяє в амбулаторних умовах, безпосередньо в кабінеті сімейного лікаря, проводити лікування деяких очних хвороб, які традиційно лікуються лише в умовах стаціонару.

З метою підбору ФС з іншим набором властивостей, відмінного від рибофлавіну, та можливої модифікації параметрів опромінення, нами було створено відповідну модель *in vitro*. Як білкову субстанцію було використано 0,5% розчин частково гідролізованого колагену, до якого було додано рибофлавін у кількості 5 мг/100 мл.



Цей розчин наливався у два хімічних стаканчики. Вміст одного стаканчика піддавався опроміненню світлом з довжиною хвилі 400 нм. Як випромінювач було використано світлодіод з потужністю випромінювання 50 мВт, яка розподілялася по поверхні розчину площиною 12 см², забезпечуючи щільність випромінювання приблизно 4 мВт/см², що відповідає щільності випромінювання, яке використовується для лікування кератоконусу.

Другий стаканчик знаходився поряд, при тих самих температурних умовах, але накритий світлонепроникною посудиною.

Опромінення тривало протягом 2 годин, при цьому розчин, який було піддано опроміненню, поступово драглювався внаслідок утворення міжмолекулярних зшивок і створення просторової сітки білкових молекул, в той час, як розчин, що знаходився в темряві, не втрачав рідкого стану (див. Фото).

В подальшій роботі планується, визначаючи реологічні властивості рідини за умов зміни параметрів процесу (час опромінення, довжина хвилі опромінюючого світла, тип ФС та його концентрація тощо), знайти їх оптимальні значення з метою подальшого їх випробування на моделі *in vivo*.

Некрут Д.О., Ільченко О.В.

Що сімейний лікар має знати про Tahitian noni (*Morinda citrifolia* L.)

Сімейний лікар часто буває не тільки лікарем, але й консультантом для своїх пацієнтів, допомагаючи їм обирати найефективніший шлях до усунення розладів здоров'я, надаючи допомогу у відновленні здоров'я з мінімальними витратами. При цьому часто доводиться протидіяти інформаційним атакам з

боку недобросовісних торговців від медицини, які намагаються одержати надприбутки на біді людській.

Останні роки все ширше розповсюджується рекламна кампанія щодо нової панацеї від багатьох хвороб, а саме - продуктів переробки тропічних фруктів Tahitian noni (*Morinda citrifolia* L.) Реклама стверджує, що вони ефективно протидіють діабету, раку, астмі, депресивним станам, безсонню, мігрені, серцево-судинним захворюванням, модулюють імунну систему, "підвищують енергію", запобігають інсульту, лікують алкоголізм, наркоманію, поліпшують пам'ять і таке інше. Єдиним недоліком є ціна - 1 літр соку цих плодів коштує від 350 гривень.

Ретельне дослідження інформації щодо цих плодів демонструє наступне. Цими фруктами вже давненько, понад 2 тисячі років, харчуються гавайські жителі, проте до широкого вивчення приступили зовсім недавно. Переважна частина робіт відноситься до 2003-2011 року, що говорить про явне їх ініціювання з боку рекламно-торгівельних організацій.

Першими були роботи, які підтвердили відсутність гепатотоксичності плодів. Всі дослідження проводилися на лабораторних тваринах. Взагалі, в дослідях на мишах відзначено не тільки відсутність будь-якого токсичного ефекту, але продемонстровано наявність певного дозозалежного анальгетичного і седативного ефекту.

Дослідники, пов'язані з виробниками соку Tahitian noni, відмічають ознаки наявності антипсихотичної дії цього соку, але і в цьому випадку результат було одержано лише на мишах.

Підтверджена антиракова спрямованість ефекту для мишей - кількість пухлин знижується на 10-90%. Точна цифра залежить від виду мишей і виду пухлин. Однак практично ніхто і ніколи не проводив вивчення антиракового ефекту на людях.

Відзначено деяку імуномодулюючу дію плодів *Morinda citrifolia* L. Спостерігалася певна антиоксидантна активність. Іноді (не завжди) і при деяких дозах (не при всіх) можлива тенденція до зниження ймовірності захворювання на гастрити. Однак від гіпероксії сік плодів абсолютно не захищає.

Відзначено слабо виражену протизапальну активність. Прийнятий у великих кількостях (20-40 мл/кг ваги тіла, тобто близько 1,5-3 літра на дорослу людину) сік цих плодів підвищує працездатність. Це підвищення працездатності дуже добре пояснюється наявністю в соку цукристих речовин.

Загалом, всі перелічені ефекти пояснюються наявністю в плодах *Morinda citrifolia* L. антиоксидантних вітамінів і деяких полісахаридів.

В оглядовій статті [Tidsskr. Nor. Laegeforen. - 2008, Mar 13; № 128(6).- P. 694-697.] підсумовуються всі наукові роботи, пов'язані з дослідженням наслідків вживання цього плоду (їх виявилось не більше 200) і робиться висновок, що реально немає ніяких підстав стверджувати, що застосування даного плоду або соку з нього може допомогти при хоч якій-будь хворобі. Робиться висновок, що енергійне просування цього продукту в торговельну мережу має ряд тривожних ознак.

Підсумовуючи - по своїм вітамінним, імуномодулюючим, протираковим властивостям сік цього плоду приблизно відповідає і не поступається соку апельсина (крім седативної і анагетичної дії). Однак відсутність цих плодів у традиційному харчуванні європейців і брак інформації дозволяють використовувати його в маркетингових кампаніях набагато успішніше.

Застосування соку *Morinda citrifolia* (Noni) може бути з успіхом замінено прийманням відповідних мультівітамінних препаратів, що, до речі, набагато дешевше.

Палій І.Г., Заїка С.В.

Особливості післядипломної підготовки інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на кафедрі внутрішньої та сімейної медицини

Сьогодні Міністерство охорони здоров'я України приділяє значну увагу підготовці медичних кадрів для первинної ланки надання медичної допомоги, адже країна відчуває нестачу цих кадрів, особливо гостро проблема постає в підготовці фахівців для роботи в сільській місцевості. Лікар, який працює в селі, має бути фахівцем широкого профілю і володіти знаннями з різних напрямків медицини, щоб у будь-яких умовах мати змогу надати населенню якісну медичну допомогу.

Саме тому, сучасними вимогами до післядипломної медичної освіти є відповідність потребам галузі і суспільства щодо якості підготовки і підвищення кваліфікації та кількості спеціалістів, ефективність, гармонія між традиційною освітою та інноваціями, конкурентоспроможність на основі стандартів якості.

На кафедрі внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ протягом очного циклу інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» викладачами кафедри проводиться контроль успішності навчання інтернів шляхом оцінювання щоденних практичних знань, семінарів, заліків та проміжних атестацій. Зрозуміло, що на післядипломному етапі оцінка, яку викладач виставляє в академічний журнал, має для лікаря-інтерна менше значення, оскільки вона не впливає на стипендію, рейтинг та подальше працевлаштування. Саме тому для більшості інтернів важливішими критеріями є безпосереднє оволодіння професійними навичками, адже саме це вже в найближчому майбутньому стане основою їх професійних обов'язків. Викладач, проводячи заняття, оцінює не тільки теоретичні знання, але й фіксує ступінь оволодіння відповідною навичкою.

Ще однією формою контролю роботи лікаря-інтерна є заповнення індивідуального журналу обліку роботи. У журналі лікар-інтерн щоденно заносить інформацію про хворих, курованих в стаціонарі чи на

поліклінічному прийомі, реєструє клінічні випадки, тощо. Щоденник є наскрізним документом, ведеться упродовж всього очного циклу. Аналіз щоденника дозволяє оцінити організацію навчального процесу і на суміжних кафедрах, що є важливим для спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина». Якість ведення щоденника відображає ставлення майбутнього спеціаліста до медичної документації в цілому.

Важливою формою навчання та професійного виховання спеціаліста є його участь у роботі професійних асоціацій, зокрема в засіданнях Вінницької об'єднаної міжрегіональної школи лікарів сімейної медицини «Актуальні питання загальної практики – сімейної медицини», що проводяться спільно кафедрою внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ, управлінням охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації, департаментом охорони здоров'я Вінницької міської ради та асоціацією лікарів загальної практики – сімейної медицини Вінницької області на виконання розпорядження МОЗ України від 18.08.2011 №08-01-47/1406 і спільного наказу Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова та управління охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації від 7.10.2011р. №916/326.

Найактивніші лікарі-інтерни беруть активну участь у науковій роботі кафедри, із результатами власних досліджень виступають на конференціях молодих вчених, публікуються у фахових виданнях. Така форма підготовки є гарним тренінгом та однією із навчальних форм для безперервної професійної освіти у майбутньому.

Підготовка лікарів-інтернів до іспиту «Крок-3» є одним із важливих етапів навчання на очному циклі. На кафедрі внутрішньої і сімейної медицини для підготовки лікарів інтернів використовуються завдання з банку даних «Крок-3» попередніх років в електронному та паперовому варіантах.

Таким чином, практична спрямованість сучасної післядипломної медичної освіти за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» забезпечує орієнтацію її на реальне, практичне щоденне застосування здобутих знань та вмінь.

Палій І.Г., Миршук Н.М.

**Викладання гомеопатії на кафедрі внутрішньої та сімейної
медицини як один з елементів підготовки лікарів
загальної практики – сімейної медицини**

Основою систем охорони здоров'я в більшості країн світу є загальна практика та сімейна медицина. Нетрадиційна медицина та сімейна медицина є тісно пов'язаними. Протягом останніх років використання методів нетрадиційної медицини в світі значно зростає. Тому виникає питання можливості інтеграції нетрадиційної медицини до загальної системи медичної допомоги на первинному етапі.

В системі медичної освіти до останнього часу склалася ситуація, в рамках якої гомеопатія ніколи не мала місця. Спеціально або випадково, гомеопатія стояла і продовжує стояти достатньо відокремлено.

У той же час, гомеопатія стрімко увійшла в життя спочатку пацієнтів, а потім і лікарів - негомеопатів; в останні роки – в життя вузів. Досягненням останнього десятиліття є впровадження викладання основ гомеопатії в державні вищі медичні навчальні заклади.

В Україні першим кроком щодо офіційного визнання гомеопатичного методу лікування став наказ МОЗ України № 165 від 03.08.1989 р. «О розвитку гомеопатического метода лечения в медицинской практике и улучшении организации обеспечения населения гомеопатическими средствами». В наказі було зазначено, що збільшення уваги пацієнтів до гомеопатичного методу лікування постійно вимагає розширення цієї галузі медицини.

Наступними кроками у цьому напрямку стали: впровадження на кафедрі внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ елективного курсу з «Основ гомеопатії» для студентів IV курсу, який включає 14 занять, та розробка робочих і навчальних програм згідно вимог, затверджених Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України.

Та особливої уваги набуло викладання гомеопатії у контексті акценту на підготовку у медичному університеті лікарів загальної практики – сімейної медицини. Зростання технічних і фармацевтичних можливостей дозволяє сучасному лікарю інтенсивно заглиблюватися в спеціальність і реалізовувати в ній свою компетентність. В той же час, недовіра до нетрадиційних засобів лікування, зокрема, до гомеопатії, ставить питання про можливість використання даного засобу в практиці сімейного лікаря. Хоча комплексний підхід гомеопатії до людини, з урахуванням як природженої схильності, так і впливу на неї навколишнього середовища, дозволяє сьогодні не тільки профілакувати і гальмувати розвиток захворювання, але, в багатьох випадках, не допустити його кінцевої стадії.

Саме тому під час проведення практичних занять перед викладачем ставиться два головних завдання: перше – запобігти формуванню у молодих фахівців стереотипного мислення і, друге, – представити в стислому вигляді комплекс знань класичної та досягнень сучасної гомеопатії.

З усього величезного арсеналу знань по класичній гомеопатії у викладання включені: короткі відомості про історію виникнення методу; базові принципи гомеопатії; обґрунтоване пояснення теоретичних основ гомеопатії на базі сучасних знань в галузі хімії, фізики, біохімії.

Сучасний випускник повинен мати уявлення: про лікарську сировину, основи технології виготовлення ліків, сучасні можливості контролю якості гомеопатичних препаратів; методу лікувального застосування різних лікарських форм, їх дозуванні в гомеопатії.

Студенти повинні засвоїти особливості гомеопатичного опитування пацієнта, зрозуміти важливість виявлення поряд із загальними та локальними симптомами модальностей, а головне – індивідуальних, характерних

симптомів; з особливою увагою оцінювати психологічні особливості особистості.

Наш досвід викладання в протязі декількох років показав, що навчання гомеопатії одночасно з класичними предметами допомагає студентам більш глибоко зрозуміти питання діагностики, профілактики та лікування людини, що, безсумнівно, знадобиться їм у подальшій практичній діяльності. Одним з найголовніших результатів викладання гомеопатії у вузі є формування у майбутніх лікарів нового світогляду лікаря – спеціаліста, який повинен лікувати душу, психіку і тіло людини в цілому.

Таким чином, інтеграція гомеопатії в систему підготовки лікаря загальної практики та сімейного лікаря є доцільною і перспективною.

Пентюк Н.О., Томашкевич Г.І, Пентюк Л.О., Ткаченко Т.В.

Застосування новітніх технологій у вивченні аускультатії серця, як засобів контролю та самоконтролю у підготовці сімейних лікарів

Центральна увага у підготовці сімейних лікарів на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини зосереджена на оволодінні методами фізикального обстеження. Клінічні розгляди хворих, систематичне відпрацювання практичних навичок із огляду, пальпації, перкусії, аускультатії та інтерпретації отриманих даних біля ліжка хворого є запорукою успішного засвоєння методики фізикального обстеження. Традиційно аускультатія серця є одним із важко засвоюваних методів. Оволодіння аускультатією серця ускладнюється в умовах скорочення стаціонарних ліжок, необхідності отримання інформованої згоди хворих на проведення клінічного розгляду. В зв'язку з цим особливої цінності набувають нові засоби навчання, засновані на використанні мультимедійних технологій.

У 2012 році на базі кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М. І. Пирогова була апробована мультимедійна програма 3M Littmann Cardiac Auscultation Software. Ця програма складається із навчального та контрольного модулів та ґрунтується на клінічних даних більше ніж 30 реальних пацієнтів із вадами серця, кардіопатіями, порушеннями ритму і провідності, захворюваннями перикарду. Записаний аудіоряд кожного пацієнта синхронізується із відеорядом, отриманим за допомогою магнітно-резонансної томографії. Така методика навчання сприяє реалістичній анатомічній орієнтації студента, який самостійно, за допомогою віртуального стетоскопу проводить вислуховування у класичних і додаткових точках аускультатії, самостійно обирає високочастотні або низькочастотні режими вислуховування.

За даними попереднього анонімного анкетування 38 студентів III курсу після проходження практичних занять із тем «Зміни тонів серця» та «Шуми серця» 21% опитуваних оцінили свій рівень оволодіння методикою аускультатії серця як добрий, 47% - як задовільний та 32% - як незадовільний. Після самостійної аудиторної роботи студентів із програмою 3M Littmann Cardiac Auscultation Software, яка здійснювалась протягом наступних 2 занять

та проходження контрольного аудіотестування було проведено повторне анкетування. Частка студентів, які оцінили свій рівень оволодіння аускультациєю серця як задовільний зменшилась до 18%, а частка студентів із добрим рівнем зростає до 68%. 13% опитуваних вважали, що відмінно засвоїли аускультацию серця. Наш досвід показує, що застосування мультимедійного тренінгу спрощує розуміння механізмів виникнення аускультативних феноменів та поліпшує засвоєння методики аускультативної та інтерпретації отриманих даних. Використання контрольного модуля дозволяє не лише оцінити рівень засвоєння практичної навички, але і сформулювати у студента диференційно-діагностичний підхід до аналізу аускультативних змін. Крім того, успішне контрольне тестування формує позитивну мотивацію студента, віру у власні сили та професійний ріст.

Вважаємо, що застосування новітніх технологій у вивченні аускультативної серця є вагомим засобом контролю та самоконтролю, дозволяє підняти професійний тренінг на якісно новий рівень та суттєво покращити підготовку лікарів загальної практики.

Пипа Л.В., Пілюйко Н.В., Філик А.В.

Необхідність викладання питань інтегрованого ведення хвороб дитячого віку на циклах спеціалізації « Загальна практика – сімейна медицина »

Щорічно більш ніж 10 мільйонів дітей помирає до досягнення п'яти років. Більшість цих смертей викликано всього лише чотирма станами, які можна передбачити і лікувати: пневмонія, діарея, лихоманка, порушення харчування. Часто до смерті призводить сукупність декількох вищеперерахованих причин. Багато дитячих смертей можна було запобігти, якщо б діти отримали належний догляд.

В клінічній педіатрії України золотим стандартом традиційно є повне обстеження дитини по органам і системам з постановкою попереднього клінічного діагнозу, наступним лабораторно-інструментальним дослідженням з проведенням диференційної діагностики і потім встановлення заключного клінічного діагнозу. Лише після цього можлива розробка стратегії лікування, виконання відповідних терапевтичних заходів, динамічне спостереження за станом дитини [2].

Темпи життя вносять свої корективи і в роботу лікаря. Ще в середині 1990-х років ВООЗ в співробітництві з дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ і багатьма іншими організаціями для вирішення завдань діагностики, лікування та динамічного нагляду, а також для запобігання інвалідності та дитячої смерті була розроблена стратегія, що названа «Integrated Management of Childhood Illness» - «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (ІВХДВ). Її пріоритетний напрямок – первинна медико-санітарна допомога.

Основною причиною для розробки стратегії ІВХДВ була необхідність надання хворим клінічної допомоги, але стратегія також приділяє увагу таким аспектам, як харчування, імунізація та інші важливі елементи профілактики захворювань і пропаганди здорового способу життя. Метою стратегії ІВХДВ є

зниження частоти і важкості захворювань, інвалідності і смертності, а також покращення росту і розвитку дітей [3].

При ІВХДВ аналіз клінічного стану дитини розпочинається з цільової оцінки, що включає визначення ознак небезпеки, потім проводиться оцінка основних клінічних симптомів, обов'язковий аналіз статусу дитини, статусу щеплення, тощо. Тільки після цього проводиться класифікація: потрібна чи не потрібна негайна госпіталізація, чи потрібне негайне надання невідкладної медичної допомоги або можлива організація лікування вдома. В будь якому випадку важливо консультування та спостереження в динаміці.

Стратегія включає три основних компоненти: 1) покращення навичок ведення хворих медичним персоналом шляхом надання друкованих матеріалів по інтегрованому веденню хвороб дитячого віку, адаптованих до місцевих умов; 2) проведення навчання по їх використанню на факультетах післядипломної освіти лікарям загальної практики-сімейної медицини; 3) створення умов в системі охорони здоров'я, необхідних для ефективного ведення хвороб дитячого віку; 4) покращення практики ведення хворих сімейними лікарями, залучаючи сім'ю і суспільство.

ВООЗ розцінює ІВХДВ як одну із стратегій, що здатна найефективніше вплинути на захворюваність та смертність дітей. При цьому ІВХДВ входить в десятку економічних заходів для країн як з низьким, так і з середнім рівнем життя. Для країн з обмеженими ресурсами ВООЗ розробила ряд посібників, такі як: «Кишеньковий посібник по стаціонарному лікуванню дітей», «Рекомендації по лікуванню захворювань, що часто зустрічаються, в умовах обмежених ресурсів» (2005), монографія «Серйозні проблеми дитинства в країнах з обмеженими ресурсами» [5, 6].

Статистичні дані показують: в країнах з обмеженими ресурсами семеро із десяти дітей помирають від гострих респіраторних інфекцій (в основному від пневмонії), діареї, кору, малярії чи порушенні харчування. Щоденно мільйони батьків звертаються до працівників охорони здоров'я, і в багатьох випадках троє з чотирьох таких дітей мають від одного до п'яти захворювань, що утруднює постановку діагнозу [7].

Програми по охороні здоров'я дітей не повинні обмежуватися контролем одного захворювання, вони повинні займатися здоров'ям і профілактикою дітей в цілому. Оскільки у багатьох дітей спостерігається одразу декілька ознак та симптомів різних захворювань, що накладаються один на одного, вибір одного діагнозу може бути утрудненим. Це особливо актуально для закладів, що надають первинну медичну допомогу: амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, де обстеження проводиться з допомогою невеликої кількості інструментів, з незначним об'ємом чи при відсутності рентгенологічного обстеження.

Для досягнення успішних результатів в зниженні дитячої смертності недостатньо одного тільки забезпечення населення медичною допомогою, яку надає добре навчений персонал. Оскільки, згідно Наказу МОЗУ № 149, від 20.03.2008 р. «Протокол медичного нагляду за здоровою дитиною до 3-х річного віку», сім'ї несуть відповідальність за догляд за своїми дітьми,

ефективне впровадження ІВХДВ потребує встановлення взаємовідношень між сім'ями та медичними працівниками. Покращення практики догляду за дитиною в сім'ї і суспільстві є однією із основних частин стратегії ІВХДВ, розробленою ВООЗ/ЮНІСЕФ та впроваджуваною МОЗ України.

Необхідність впровадження даної стратегії в Україні пов'язана з цілим рядом причин, що призводить до низької якості надання первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД); недолуга організація ПМСД; необґрунтована госпіталізація; поліпрагмазія; нераціональне призначення лікарських препаратів, зокрема антибіотиків; застаріла інформаційна основа і відсутність стандартизованого підходу, оснований на доказовій медицині, при веденні основних хвороб дитячого віку; недостатні знання і навички медичних працівників в консультуванні батьків, тощо.

Таким чином, інтегрований підхід до ведення хворих дітей стає необхідним.

В зв'язку із цим для вдосконалення організації надання первинної медико-санітарної допомоги дітям до 5 років, зниження їх захворюваності і попередження смертності в Україні, у відповідності з Наказом МОЗУ №581 від 15.07.2010 р. було розпочато пілотний проект по впровадженню стратегії ІВХДВ в декількох регіонах, з 01.02.2012 р. за Наказом МОЗУ № 70 «Про впровадження інтегрованого ведення хвороб дитячого віку в Україні» до проекту приєдналися ще чотири регіони. [1].

Навчання стратегії ІВХДВ складається із 2-х обов'язкових і рівноцінних частин – теоретичної і практичної. Проводиться підготовленими викладачами на циклах спеціалізації «Загальна практика-сімейна медицина». Необхідною вимогою до викладача є досвід клінічної роботи. Основним принципом навчання є надання теоретичних і практичних знань і умінь в рамках лекційного курсу, семінарських та практичних занять. Для отримання якісних практичних навичок необхідно проводити практичні заняття на клінічних базах кафедри педіатрії ФПО, куди поступають діти до 5 років з проблемами органів дихання, лихоманкою, діареєю, проблемами вуха і горла, а також анемією та порушенням харчування. Для отримання клінічних навичок по інтегрованому веденню дітей до 2-х місяців можна використовувати поліклінічні прийоми, або відвідати відділення патології новонароджених, де курсанти можуть побачити всі необхідні симптоми. Для забезпечення такої клінічної практики краще всього підходять обласні або великі міські дитячі лікарні.

На думку медичних працівників пілотних районів, які почали використовувати основні принципи ІВХДВ на практиці, дана методологія дозволяє чітко і швидко оцінити і класифікувати важкість стану дитини за ознаками небезпеки і основними симптомами, призначити необхідну терапію і проконсультувати матір. Наявність спеціального підходу до оцінки і класифікації проблем хворої дитини, буклету схем і адаптованих форм записів не дозволяють медичному працівнику пропустити будь яку важливу ознаку при оцінці його стану, що особливо важливо для успішної роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Впевнені, стратегію інтегрованого ведення хвороб дитячого віку на етапі первинної медико-санітарної допомоги доцільно впроваджувати у викладанні педіатрії на до- і післядипломному етапі навчання і широко використовувати в практиці педіатрії та сімейної медицини України.

Півторак Н.А., Феджага І.В.

Традиційні та інноваційні підходи до викладання основ гомеопатії студентам 4 курсу медичного факультету університету

Ідеологія гомеопатії дуже проста, і саме ця простота створює оманливе уявлення про легкість її освоєння, легкість визначення потрібного гомеопатичного засобу для лікування хворого, особливо, в амбулаторних умовах.

Не секрет, що більшість представників медичної спільноти, в тому числі вузівські викладачі, не володіють гомеопатичними знаннями. Це породжує скепсис, іронію та цинізм, які швидко передаються студентам. Тому говорити про будь-яке сприятливе середовище для імплантації гомеопатичних ідей в практику роботи майбутнього спеціаліста - сімейного лікаря, непросто.

На сьогоднішній день у педагогічній теорії та практиці існує розмаїття позицій по відношенню до визначення рівнів оволодіння навчальним матеріалом. Таксономія цілей навчання Б.Блума включає 6 рівнів засвоєння матеріалу: знання, розуміння, застосування, аналіз, синтез, оцінка.

Наш досвід викладання показує, що головною проблемою сучасної вищої освіти є ігнорування основного педагогічного постулату про те, що процес навчання – це спільне послідовне зростання викладача та студента за названими рівнями засвоєння. Кожному рівню засвоєння предмету відповідають не тільки певні організаційні форми навчальної роботи, розумові та практичні види діяльності студентів, але й методи визначення результатів їх досягнення, способи оцінки.

Введення в першу ж дефініцію нашого предмета таких термінів, як «закон подібності» та «малі дози» (з приводу яких у досвідчених теоретиків від гомеопатії виникають гарячі суперечки) досить важливі, оскільки визначення такого роду абсолютно незрозумілі для людини, не знайомі з предметом нашого вивчення.

Найважливіший дидактичний принцип засвоєння нових понять - це опис незнайомих явищ знайомими з досвіду термінами. Добре, якщо знайдені слова, які зачіпають емоційну сферу (що вкрай важливо для навчання). Наприклад, такими словами, тісно пов'язаними з поняттям «гомеопатія», є: «гармонізація», «механізми адаптації», «індивідуалізація». Звичайно ж, до того, як приступити до розмови про гомеопатію, необхідно обумовити категорії здоров'я та хвороби, які студентам відомі з програмного матеріалу попередніх курсів. Крім того, визначаючи основні поняття, необхідно обов'язково показати зв'язки між ними.

Знайомство студента з новою теорією, фактами, явищами, виділення серед них найбільш суттєвих та яскравих відмінностей – це лише ознайомчий

(орієнтовний) рівень засвоєння. Системне викладення навчального предмету студентом на основі опорного конспекту свідчить про мнемонічний характер запам'ятовування й гарантує лише близько 20% засвоєння матеріалу.

Найбільші труднощі для студента полягають у вивченні гомеопатичної *Materia Medica*. Однак, це абсолютно необхідно практикуючому лікарю-гомеопату, тому що досконале знання патогенезу лікарських засобів є необхідною умовою його успішної лікарської практики. При цьому, не слід розглядати гомеопатичну *Materia Medica* як енциклопедичний довідник, всі розділи якого майбутній сімейний лікар зобов'язаний знати напам'ять. Не потрібно завантажувати пам'ять студентів, витрачати час і сили на порожню роботу.

Проблемне викладення матеріалу з участю підготовленого пацієнта (починаючи з 4-го заняття), підготовка доповідей, рефератів може привести до когнітивного рівня засвоєння, що свідчить про засвоєння близько 40% програми предмету.

Вищим рівнем засвоєння ми вважаємо креативний рівень – творче застосування засвоєних знань та навичок у нестандартній ситуації. Такий рівень може дати дослідницька діяльність студента під керівництвом викладача.

Викладач повинен використовувати весь арсенал засобів для підвищення рівня засвоєння гомеопатії.

Піскун Р.П., Ващук А.А., Спрут О.В., Хлестова С.С., Васенко Т.Б.
**Особливості викладання онтогенезу людини у відповідності до
«Наскрісної програми»**

Програмний матеріал з розділу «Онтогенез людини» охоплює низку питань щодо біологічних закономірностей і механізмів репродукції людини, пренатального і постнатального періодів індивідуального розвитку, процесів регенерації і трансплантації. Вивчення матеріалу з даного розділу розподілено на три теми.

В темі «Біологічні особливості репродукції людини» основна увага приділяється закономірностям передачі генетичного матеріалу від батьків до нащадків в процесі гаметогенезу і запліднення. Обґрунтовується залежність цих процесів від дії факторів зовнішнього середовища, здорового способу життя, шкідливих звичок, тобто факторів, що визначають загальний стан організму, його благополуччя. Такий підхід до вивчення даної теми дає можливість розкрити основні причини геномних мутацій і пов'язаних з ними хромосомних хвороб людини, а також виділити основні заходи профілактики цих хвороб.

В темі «Особливості пренатального періоду онтогенезу» значне місце займають питання генетичного контролю ембріогенезу і його порушень з урахуванням критичних періодів розвитку та умов життя матері. Критичні періоди – це періоди найменшої резистентності зародку до факторів зовнішнього середовища. Так, встановлено три основні критичні періоди: перший – на початку або в середині дроблення; другий – на початку

гаструляції; третій – співпадаючий з формуванням осьових органів. Відомо, що велика кількість шкідливих факторів, які впливають на материнський організм (навіть до настання вагітності і до статевої зрілості), також впливають на розвиток зародку і плоду. Будь-які несприятливі фактори, які діють на жіночий організм, можуть порушувати нормальну будову і дозрівання статевих клітин і стати причиною мутації і аномального розвитку. Безперечно, що пошкоджуючі фактори, які діяли на материнський організм під час критичних періодів ембріона, можуть викликати згубні наслідки. Вивчення цих питань має не тільки теоретичне значення для розуміння закономірностей і механізмів розвитку плода, але і створює підґрунтя для усвідомлення студентами профілактичних заходів попередження вроджених вад розвитку.

Аналіз основних етапів постнатального періоду онтогенезу, в основі якого лежить реалізація генетичної інформації в певних умовах середовища, механізмів підтримання гомеостазу, проблем старіння і продовження тривалості життя дає можливість студентам переконатися в тому, що в збереженні здоров'я людей вирішальну роль відіграють не тільки сучасні технології лікування, але і соціальні фактори, заходи профілактичної медицини, особисте піклування кожної людини за своє фізичне, духовне і моральне здоров'я.

Ряд питань з розділу «Онтогенез людини» являються темами реферативних доповідей, які заслуховуються і обговорюються на практичних заняттях і засіданнях студентського наукового товариства. Це розширює можливості студентів для ознайомлення з сучасними досягненнями в пізнанні тонких механізмів онтогенезу людини і, зокрема, медико-біологічних основ трансплантації, регенерації, ендо- і екзогенних біоритмів людини.

При вивченні програмного матеріалу з розділу «Онтогенез людини» ми також дотримуємось принципів і вимог кредитно-модульної системи в гармонійному їх поєднанні з традиційними формами навчання, які передбачають постійний взаємозв'язок і активну взаємодію викладача і студента в навчальному процесі, використання словесних методів, наочних засобів, завдань, задач та інше. При цьому пріоритет в пізнавальній діяльності студентів ми віддаємо сучасним технологіям активного здобування знань в процесі виконання практичних завдань, як це передбачено навчальною програмою з медичної біології (Київ, 2005) та методичними вказівками, рекомендованими Центральним методичним кабінетом медичної освіти МОЗ України у відповідності до навчально-методичного посібника, створеного колективом кафедри і затвердженого Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України.

Таким чином, викладене вище свідчить, що вивчення онтогенезу людини на кафедрі медичної біології дає студентам першого курсу базові знання для засвоєння певних розділів анатомії, гістології, фізіології, педіатрії, акушерства і гінекології, а також вводить студентів в коло проблем валеології, геронтології і геріатрії.

Плотницька М.В.
**Інтеграційний підхід у вивченні латинської мови
при підготовці сучасного медика**

Вивчення латинської мови студентами-медиками має особливу практичну спрямованість. Це термінологічний курс, мета якого - здобуття знань на основі латинської мови, розуміння міжнародної наукової термінології, відпрацювання навичок грамотного використання у практичній і науковій діяльності майбутніми медиками спеціальної медичної термінології.

Оволодіння основами латини надає студентам можливість правильно читати, писати і перекладати латинські анатомічні, фармацевтичні та клінічні терміни, допомагає свідомо сприймати й опановувати медичну номенклатуру. З клінічними термінами студенти постійно зустрічаються не лише на лекціях та практичних заняттях з різних клінічних дисциплін, але й при аналізі захворювання хворого, при написанні історії хвороби, при читанні спеціальної медичної літератури.

Латинська мова має величезний загальноосвітній пізнавальний потенціал, який допомагає студенту при вивченні спеціальних курсів, розвиває логічне мислення, збагачує культуру мовлення, формує ерудицію, прилучає до духовних цінностей.

Сьогодні прийнято розглядати латинську мову як засіб наукового спілкування. Вивчення латинської мови при підготовці сучасного медика вимагає особливої уваги до інтеграційних процесів, які є основою формування систематичних професійних знань. Під інтеграцією розуміють процес і результат взаємодії елементів, що супроводжується відновленням, встановленням, ускладненням і зміцненням істотних зв'язків між ними на основі достатньої підстави, в результаті чого формується інтегрований об'єкт (система) з якісно новими властивостями, у структурі якого зберігаються індивідуальні властивості вихідних елементів. Викладання латинської мови дозволяє зробити припущення, що саме цій дисципліні відводиться дуже важлива роль об'єднання окремих елементів знань з різних дисциплін в логічне уявлення про предмет навчання в цілому. Інтеграційний підхід у вивченні латинської мови є особливо важливим для студентів-медиків, адже він дає можливість розглядати предмет у процесі взаємодії з іншими навчальними дисциплінами.

Латинська та старогрецька мови залишаються основними міжнародними джерелами для штучного створення нових медичних термінів в сучасних мовах. Назви хвороб, їхніх симптомів, анатомічна номенклатура, назви лікарських препаратів тощо – це все слова латинського і грецького походження. Знайомство студентів I курсу медичних вузів з латинською мовою повинно спонукати їх на використання набутих знань з дисципліни в майбутньому та на подальшу самоосвіту на різних етапах підготовки спеціаліста, адже сучасний лікар усвідомлює існування тісного зв'язку латини з іншими медичними науками. Навчання термінологічної латини означає

також створення передумов для усвідомленого засвоєння терміноелементів греко-латинського походження, що увійшли у відповідні субмови медицини та біології.

В сучасних умовах розвитку медицини, зокрема при зародженні сімейної медицини, доречним є налаштування студента вищого медичного навчального закладу на свідоме засвоєння і розуміння медичних термінів латинсько-грецького походження, з якими він зустрічатиметься і буде послуговуватися у своїй майбутній практичній діяльності. Вміння самовдосконалюватись та інтегрувати нові знання у постійний процес надання медичної допомоги значною мірою підвищує якість медичної практики.

Основним завданням курсу “Латинська мова та основи медичної термінології” є навчити студентів термінологічної латини, функціонуючої в медицині та суміжних з нею науках, допомогти набути практичних умінь та навичок використання фахової латиномовної термінології не лише у навчальній, але і в подальшій науковій та професійній діяльності.

Погорілий В.В., Фомін О.О., Навроцький В.А., Коноплицький В.С.,
Якименко О.Г.

Підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року з питань хірургії дитячого віку

Прийняття «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року щодо підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» зумовлено необхідністю забезпечення покращення медичної допомоги населенню, в тому числі і дітям з різними хірургічними нозологіями.

Дитяча хірургія сьогодення являє собою високоінформативну та технократичну галузь сучасної медицини, якій притаманні використання найновітніших сучасних діагностичних та лікувальних технологій.

Але можливості застосування сучасних методів діагностики часто є прерогативою рівня поліклінік та лікувальних стаціонарів, в той час коли необхідно швидко визначитися з діагнозом та подальшою тактикою вже при первинному огляді хворої дитини.

Тому на ранньому етапі спілкування лікаря та пацієнта дитячого віку, а це вікова дистанція від моменту народження до 18 річного віку, вагоме значення мають первинні клінічні ознаки захворювання та практичні навички лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Тому основною задачею фахівця відповідно до питань хірургії дитячого віку є – визначення наявності у пацієнта хірургічної патології, яка потребує надання невідкладної хірургічної допомоги, з чітким визначенням рівня, на якому ця допомога може бути адекватно надана з обов'язковим урахування вікових анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму та рівня акредитації медичного закладу.

Для вирішення цієї задачі нам вважається за доцільне розробка та використання в навчальному процесі переліку практичних навичок, які повинні бути згруповані по відповідним розділам (абдомінальна хірургія, торакальна хірургія, урологія, гінекологія, онкологія, судинна хірургія і т.п.), з переважанням серед них діагностично-орієнтованих елементів.

Крім того, важливою особливістю хірургічної патології дитячого віку є чітке розуміння термінів проведення оперативних втручань з метою хірургічної корекції вроджених та набутих вад розвитку. Для цього лікарі повинні мати розроблені таблиці, в яких чітко прописані відповідні вікові стандарти виконання оперативних втручань в залежності від патології. Це дозволить лікарям і батькам виважено та своєчасно відходити до питань лікування та реабілітації дітей.

Превар А.П.

Методологічні підходи до викладання загальної хірургії при підготовці лікарів загальної практики

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я в Україні велике значення надається діяльності лікаря за фахом «загальна практика – сімейна медицина», як первинній ланці медико-санітарної допомоги. Сімейний лікар повинен надавати кваліфіковану допомогу за своїм фахом, використовуючи сучасні методи діагностики, лікування, реабілітації і профілактики, своєчасно діагностувати і лікувати захворювання в амбулаторних умовах в межах своєї компетенції, своєчасно направляти хворих для одержання допомоги у випадках, які виходять за рамки його компетенції, організовувати госпіталізацію планових і ургентних хворих. Такий спеціаліст має опанувати низку навичок, зокрема, обґрунтування плану оперативного лікування, показів до операції, передопераційна підготовка, застосування методів знеболення, спостереження за хворими в післяопераційному періоді, гемотрансфузія, вправлення вивихів, первинна хірургічна обробка ран, дренивання абсцесів, флегмон, парапроктитів, карбункулів, фурункулів, пункція плевральної та черевної порожнини, венесекція, пункція і катетеризація підключичної вени, блокади (вагосимпатична, паранефральна, міжреберних нервів), пункція трахеї та внутрішньотрахеальне введення лікарських речовин (Кваліфікаційна характеристика, розділи «Загальні навички», «Спеціальні навички», «Маніпуляції»). Тому підготовці лікаря загальної практики – сімейної медицини приділяється велика увага.

Колектив кафедри загальної хірургії з метою оптимізації навчального процесу використовує не тільки свій власний досвід, але й досвід інших ВМНЗ, постійно вдосконалює як подачу інформації, так і контроль знань по вивченню предмету. Відповідно до вимог основних положень кредитно-модульної системи кафедрою загальної хірургії, яка є опорною кафедрою з даної дисципліни, внесено певний вклад у розробку нової Типової програми

з дисципліни, на підставі якої створено нові робочі програми та оновлено методичне забезпечення навчального процесу.

Викладачами кафедри створено нові підручники, навчально-методичні посібники, збірники тестів, ситуаційних задач, наочні матеріали, нові лекційні матеріали на електронних носіях, що значно активізує самостійну роботу студентів. У навчанні студентів використовуються нові інноваційні інформаційні технології. На сайті кафедри загальної хірургії розміщено всі навчально-методичні матеріали до практичних занять, банки тестових завдань, ситуаційні задачі, що надає змогу студенту застосовувати дистанційне навчання при самостійній підготовці. Студенти в мережі Internet мають можливість користуватися наданими методичними матеріалами кафедри, у тому числі оригінальними підручниками, яких не вистачає у бібліотеці та немає у продажу.

Великої уваги у формуванні майбутнього лікаря загальної практики, який повинен надати допомогу при невідкладних станах, займає засвоєння практичних навиків. Навчальний процес у ВМНЗ являє собою синтез теоретичного навчання та виробничої практики. Практика, як елемент навчального процесу, проводиться з метою закріплення й розширення знань, отриманих студентами в університеті; освоєння необхідних практичних навичок роботи по спеціальності в умовах поліклініки або стаціонару, оволодіння передовими методами лікування, вона сприяє розвитку самостійної роботи студентів. У процесі проходження практики студенти вчаться самостійно відбирати та систематизувати інформацію в рамках поставлених перед ними завдань, використовувати отримані знання на практиці, розвивати навички роботи в колективі, здійснювати самоконтроль.

Відповідно до наскрізної програми проходження виробничої практики для підготовки сімейних лікарів першої ланки, «Догляд за хворими» та «Сестринська практика» включені в аудиторні заняття. У зв'язку з цим підготовлено та внесено зміни у навчальні програми роботи кафедри загальної хірургії. Відповідно до цих змін працівниками кафедри розроблено методичні вказівки для самостійного опрацювання. Виконання практичних навиків постійно проводиться в операційному блоці, перев'язочній, маніпуляційній, палатах. Деякі елементи при відповідній теоретичній підготовці виконуються студентами самостійно, що відпрацьовує у майбутніх лікарів самостійність, впевненість та відповідальність, дає змогу набути перший клінічний досвід.

Але поряд з позитивними елементами викладання предмету є ряд зауважень та недоліків. Велика кількість студентів незадоволена практичною підготовкою, що пояснюється наявністю третіх-четвертих пар.

В цей час операції та перев'язки, як правило, закінчуються, хворі відпочивають - починається „тихий час“. Слід також врахувати пропозицію, щодо проведення практичних занять у клініці у вигляді блоків (спарені заняття), що дало б можливість більше приділити уваги практичним навикам.

Таким чином, ми вважаємо, що класичні методи викладання загальної хірургії з їх корекцією відповідно до вимог реформування вищої медичної освіти дасть змогу підвищити якість підготовки молодих спеціалістів - лікарів загальної практики-сімейної медицини до міжнародного рівня.

Процюк Т.Л.

Освоєння студентами практичних навичок з педіатрії при підготовці лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми» затвердженої МОЗ України від 6 квітня 2011 року

Добре відомо, що в світі ще не існує всеосяжної та універсальної, ідеальної системи охорони здоров'я, але слід констатувати, що в Україні на теперішній час сформувалося соціальне замовлення суспільства на створення в структурі первинної ланки охорони здоров'я лікаря особливої категорії, який би міг відігравати роль авторитетного професіонала на первинному рівні, який би задовольняв медичні потреби широкого діапазону, тобто сімейного лікаря.

Лікар загальної практики (сімейний лікар) – спеціаліст широкого плану, який в майбутній схемі надання медичної допомоги населенню повинен бути центральною фігурою практичної охорони здоров'я. Він повинен здійснювати багаторічне спостереження за всіма членами сім'ї, включаючи дітей і пенсіонерів, організувати профілактику, своєчасне виявлення і лікування найбільш поширених захворювань, надавати екстрену і невідкладну допомогу, виконувати медичні маніпуляції, проводити реабілітаційні заходи. Відповідно до чинних стандартів вищої медичної освіти головною метою навчання студентів у вищих навчальних закладах є оволодіння випускником уміння працювати з пацієнтом. Студенти повинні досконало вміти збирати скарги, анамнез захворювання та життя, проводити фізикальне обстеження, призначати необхідні лабораторні та інструментальні дослідження і трактувати їх результати, встановлювати попередній клінічний діагноз та визначати тактику лікування хворого, діагностувати невідкладні стани та надавати при них невідкладну допомогу. Для оволодіння студентом професійними якостями лікаря дуже важливим є освоєння ним цих практичних навичок. Робота безпосередньо з хворим дає майбутнім лікарям той необхідний, безцінний досвід, який може в проблемній ситуації стати незамінним помічником. Багаторічний досвід роботи зі студентами дозволяє зауважити, що найдоцільнішим та найважливішим в проведенні практичних занять зі студентами є постійне спілкування з хворими дітьми, батьками безпосередньо у дитячих відділеннях біля ліжка хворого з подальшим

обговоренням отриманої інформації. Такий вид роботи формує у студента професійне клінічне мислення, заставляє глибоко аналізувати отримані дані та відповідно дає можливість правильного діагностування захворювання.

Важливу роль у процесі цієї діяльності відіграє інтелектуальна активність студентів, яка є проявом зацікавленості студентів навчальним процесом. В зацікавленості студентів немалу роль відіграє мотивація. Одним з головних чинників підвищення мотивації до навчання, любові до професії є високий рівень підготовки викладача до заняття зі студентами, де в першу чергу увагу приділяється вивченню практичних навичок й умінь, клінічним розборам складних випадків. Таким чином, кінцевою метою навчального процесу при вивченні клінічних дисциплін є формування у студентів творчого підходу, лікарського, клінічного мислення, яке неможливе без практичних знань та умінь і якому передують свідомі мотивації до вивчення навчального матеріалу та інтересу до медицини в цілому.

Пшук Н.Г., Стукан Л.В., Пшук Є.Я.
**Особливості формування терапевтичного альянсу
в психоневрологічній практиці**

Однією з найактуальніших медико-соціальних проблем клінічної медицини є вивчення психологічних факторів лікувально-реабілітаційного процесу, що пов'язані з індивідуально-психологічними характеристиками лікаря і хворого та особливостями їх спілкування. Значні зміни в системі охорони здоров'я, які пов'язані з її реформуванням, змінює і класичний тип стосунків між лікарем і пацієнтом. Все частіше стає нагальним упровадження принципу партнерства, які ґрунтуються на співробітництві та взаємній довірі, та зростає увага до проблеми формування терапевтичного альянсу.

Загалом існує таке визначення: терапевтичний альянс – це складна динамічна система міжособистісних відносин і взаємодій між лікарем та пацієнтом, що формується, розвивається і функціонує у процесі лікування та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Виділено три етапи його формування: первинний – це перша зустріч лікаря і хворого; другий – установлення психологічного контакту між медичним спеціалістом і пацієнтом; третій – подальший розвиток відносин лікаря і хворого, в процесі якого формується певна форма терапевтичного альянсу.

Розроблена типологія терапевтичного альянсу за допомогою психодіагностичний критеріїв: розподіл відповідальності між лікарем і хворим за результат лікування; рівень контролю лікаря за виконанням пацієнтом медичних призначень; ступінь співробітництва; рівень комплаєнса хворого; особливості комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта; ступінь емпатійності; характер обміну інформацією між учасниками лікувального процесу та рівень довіри пацієнта. Залежно від характеру домінуючих стосунків у рамках даних форм альянсу їх можна об'єднати у три групи: 1) з домінуванням партнерських стосунків (партнерський альянс); 2) з превалюванням регламентувальних стосунків (емпатійно-регламентувальний і

нейтрально-регламентувальний альянси); 3) з переважанням формальних стосунків (емпатійно-формальний і формально-дистанційний альянси).

Проведене нами дослідження дало змогу виокремити типологію терапевтичного альянсу в психоневрологічній практиці. Так, у хворих на шизофренію превалює нейтрально-регламентувальний альянс (43,70%), 35,1% встановлюють партнерські відносини з лікарем, а 8,6% – емпатійно-регламентувальні. Існують виражені гендерні відмінності, які полягають у тому, що в пацієнтів чоловічої статі превалює партнерський альянс (42,4%), а у жінок – нейтрально-регламентувальний (66,3%). Що ж до динаміки розвитку хвороби, на початку захворювання у пацієнтів, які страждають на шизофренію, домінує нейтрально-регламентувальний альянс (50,0%). Проте на подальших етапах розвитку захворювання у них, на відміну від хворих на неврологічні розлади, зростає представленість партнерського альянсу (50,0%) за достатньо високої відсоткової частки нейтрально-регламентувального (37,5%).

У хворих на депресивні розлади домінує нейтрально-регламентувальний альянс (43,3%), 30,0% формують емпатійно-регламентувальний, 23,3% – партнерський, мінімально представлений емпатійно-формальний (3,4%), відсутній формально-дистанційний альянс. Гендерні особливості формування терапевтичного альянсу полягають у тому, що в чоловіків превалює емпатійно-регламентувальний альянс (42,8%), а у жінок – нейтрально-регламентувальний (43,5%). На початку захворювання у обстежених домінують нейтрально-регламентувальні відносини (75,5%), проте на подальших етапах перебігу хвороби у них, як і у хворих на неврологічні розлади, зростає представленість емпатійно-регламентувального альянсу (33,3%) і зменшується партнерського (16,7%). Зазначимо, що в пацієнтів молодше 30 років превалює нейтрально-регламентувальний альянс (66,7%), проте з збільшенням віку його питома вага зменшується (44,5%).

Аналіз взаємозв'язків між індивідуально-психологічними характеристиками лікарів, проявом симптомів емоційного вигорання і формами терапевтичного альянсу дав змогу визначити, що формування партнерського альянсу поєднується з широким діапазоном комунікативних ресурсів ($r_{x,y}=-0,79$), високим рівнем емпатії медичних спеціалістів ($r_{x,y}=0,52$) та виснаженням їх емоційних ресурсів ($r_{x,y}=0,48$). Емпатійно-регламентувальний альянс негативно корелює з виснаженням емоційних ресурсів медичних спеціалістів ($r_{x,y}=-0,53$) та пов'язаний із високим рівнем суб'єктивного контролю у сфері досягнень ($r_{x,y}=0,46$), тобто активною позицією щодо організації власної професійної діяльності. Нейтрально-регламентувальний альянс поєднується із стереотипністю комунікативного стилю ($r_{x,y}=0,73$) та низькою емпатією ($r_{x,y}=-0,59$). Емпатійно-формальний альянс пов'язаний із низькою комунікативною компетентністю ($r_{x,y}=0,55$).

Формування партнерського альянсу у хворих на неврологічні та психічні розлади поєднується з високим рівнем комплаєнса ($r_{x,y}=0,42$), задоволеністю відносинами з лікарем ($r_{x,y}=-0,40$), ускладнює його формування дисфоричний тип реагування на захворювання ($r_{x,y}=-0,39$). Емпатійно-регламентувальний

альянс пов'язаний з позитивною оцінкою «я-образу» ($r_{x,y}=-0,44$), інтроверсією у поєднанні з низькою емпатією ($r_{x,y}=-0,42$), екстернальністю у сімейних стосунках ($r_{x,y}=-0,41$), репрезентацією захворювання як негативного явища ($r_{x,y}=0,37$), високим рівнем суб'єктивного контролю у сфері виробничих відносин ($r_{x,y}=0,37$), та негативно корелює із тривожним ($r_{x,y}=-0,40$) і сенситивним ($r_{x,y}=-0,39$) типами ставлення до хвороби. Нейтрально-регламентувальний альянс поєднується з низьким рівнем суб'єктивного контролю у сфері невдач ($r_{x,y}=-0,40$) і позитивною репрезентацією лікувального закладу ($r_{x,y}=-0,38$).

Отримані нами дані дають підставу для розробки системи психокорекції, метою якої є оптимізація терапевтичного альянсу між лікарем та пацієнтом.

Рикало Н.А., Андрощук О.В.

Особливості підготовки студентів медичного факультету за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на кафедрі патофізіології ВНМУ імені М.І. Пирогова

Патофізіологія є медико-біологічною дисципліною, яка забезпечує загальнотеоретичну підготовку лікаря, що формує його науковий світогляд та лікарське мислення, погляди на сутність процесу хвороби. Не викликає сумніву, що патофізіологія представляє теоретичну основу для вивчення клінічних дисциплін, таких як внутрішні хвороби, хірургія, педіатрія, акушерство і гінекологія, реаніматологія, анестезіологія та ін., а тому є фундаментом медицини, теоретичною базою практичної діяльності сімейного лікаря (Єльський В.Н. та ін., 2008).

В останні роки в Україні відбувається реформування медичної освіти, що передбачає підготовку нового покоління висококваліфікованих спеціалістів з урахуванням вітчизняних традицій, а також процесів інтеграції в Європейське і світове співтовариство (Педанов Ю.Ф., 2012). Підписання Болонської угоди і наказ МОЗ України про впровадження з 2007 року у навчальний процес кафедр патофізіології кредитно-модульно-рейтингової системи викликає необхідність широкого обговорення багатьох питань, що стосуються підготовки студентів медичного факультету до майбутньої сімейної практики. Нова програма викладання патофізіології передбачає 80 годин самостійної роботи студентів (38%), що включає не тільки підготовку до практичного заняття, а й написання протоколів, вивчення тем з самостійної роботи, підготовка рефератів, а також вирішення ситуаційних задач (Дзяк Г.В., 2004; Роговий Ю.Є., 2007).

При викладанні дисципліни студентам III курсу медичного факультету використовуються розроблені викладачами кафедри ситуаційні задачі з кожної теми навчальної дисципліни, які достатньо збалансовані по складності, тому з успіхом можуть бути використані для контролю ступеню засвоєння студентами навчального матеріалу. При розв'язуванні різноманітного роду практично-орієнтованих ситуаційних задач студенти повинні показати вміння застосовувати отримані теоретичні й практичні знання й навички, наприклад, за наведеним описом симптомів і анамнезом зробити припущення про

можливий патологічний процес або захворювання, визначити можливі причини та механізми розвитку даного патологічного процесу, механізми розвитку клінічних ознак типових патологічних процесів та певної хвороби, запропонувати методи дослідження для підтвердження діагнозу, назвати основні принципи етіологічного та патогенетичного лікування.

Таким чином, самостійне вирішення студентами ситуаційних задач наступним обговоренням та розбором на практичному занятті під контролем викладача, на наш погляд, є надійним способом ефективності самостійної позааудиторної роботи студентів, що стимулює їх до набуття і глибокого засвоєння знань з патофізіології для майбутньої професійної діяльності сімейних лікарів.

З 2010 року кафедрою розроблені завдання до практичних навичок, що проводяться в кінці вивчення кожного змістовного модулю. Наприклад, при проведенні практичних навичок до змістовного модулю з теми «Типові порушення обміну речовин», студентам пропонується проаналізувати глюкозо-толерантний тест, назвати основні покази та етапи його проведення, зробити припущення про можливе порушення вуглеводного обміну згідно до показників глюкози крові натщесерце та після глюкозного навантаження, а також рівня глікозильованого гемоглобіну. В результаті, проведення практичних навичок з даної теми з вирішенням клінічно орієнтованих ситуаційних задач дозволяє студентам здійснювати аналіз причинно-наслідкових взаємозв'язків в патогенезі типових порушень обміну речовин (вуглеводного, білкового, жирового, водно-електролітного, кислотного-основного) з визначенням їх понять, критеріїв, принципів класифікації та наслідків.

Отже, з урахуванням необхідності підготовки студентів медиків за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», на кафедрі патофізіології, яка посідає одне із найважливіших місць серед фундаментальних медичних дисциплін, створені усі належні умови для успішного опанування майбутніми лікарями знань, що стосуються етіології та патогенезу патологічних реакцій, патологічних процесів, патологічних станів та хвороб.

Римша.С.В., Лук'янович І.Л.

Тактика надання медичної та психіатричної допомоги особам з психічними та поведінковими розладами на первинному етапі.

Первинний рівень надання медичної допомоги особам з психічними та поведінковими розладами передбачає надання медичної допомоги в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Обсяги надання медичної допомоги особам з психічними та поведінковими розладами на первинному рівні включають:

- попередню діагностику психічних та поведінкових розладів та направлення особи з психічними та поведінковими розладами до лікаря-психіатра на вторинний або третинний рівень надання допомоги;

- участь у лікуванні (підтримуюча терапія, контроль за психічним станом, корекція при розвитку ускладнень терапії) та реабілітації осіб з психічними та поведінковими розладами у відповідності до висновку лікаря-психіатра, який хворий отримав на вторинному або третинному рівні надання допомоги;

- психоосвітня, психокорекційна, психосоціальна робота з особами з психічними та поведінковими розладами та їхніми родичами;

- організація та надання екстреної (невідкладної) допомоги та транспортування та госпіталізації осіб з психічними та поведінковими розладами;

- організація профілактичних заходів з охорони психічного здоров'я населення, включаючи участь у програмах «крайнього втручання»

На первинному етапі здійснюється надання невідкладної допомоги, первинним хворим та, у випадку декомпенсації, хворим з психічними та поведінковими розладами, забезпечується транспортування та документальне забезпечення госпіталізації на вторинному або третинному рівні допомоги.

В зв'язку із тим, що стан психомоторного збудження часто тягне за собою важкі наслідки (гомі- та суїцидальну поведінку, руйнівні тенденції), що зустрічаються в клініці не лише психічних, але й інших захворювань (соматичних, ендокринних, хірургічних, інфекційних та ін.), знати й уміти застосовувати на практиці способи його купірування повинен кожен лікар.

Оскільки психомоторне збудження є невідкладним станом, то організація та надання невідкладної допомоги покладається не первинному етапі на лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

При виникненні психомоторного збудження неприпустимі примусові заходи, так зване «утримання» психічно хворих здійснюється по відношенню до тих осіб, які по своєму психічному стану можуть становити підвищену небезпеку для себе або оточуючих:

- Необхідно умовити хворого, відвернути його увагу та провести медикаментозне купірування збудження, забезпечивши при цьому безпеку хворому, персоналу, оточуючим.

- Необхідно здійснити докладний та точний опис події, що відбулась, для формування психіатричного анамнезу, оскільки найменше викривлення в інформації може суттєво вплинути на формування діагнозу та лікування.

- Організувати та забезпечити транспортування та супровід хворого (медичний та фармакологічний) до вторинного чи третинного етапу надання спеціалізованої допомоги.

На первинному етапі лікарем має бути забезпечене надання невідкладної допомоги через формування і забезпечення наявності засобів для купірування невідкладних станів, можливостей їх зберігання, документального списання та поповнення.

Підготовки інструкцій по наданню допомоги при психомоторному збудженні, в залежності від клінічної картини та наявних засобів надання допомоги.

Адекватне надання допомоги на первинному етапі формує у хворих сприйняття лікування в цілому і тому є одним з важливих етапів лікування, реабілітації та ресоціалізації хворих, що в свою чергу, може суттєво зменшити як економічне навантаження в процесі лікування на всіх етапах надання допомоги так і суттєво прискорити процес лікування, реабілітацію та ресоціалізацію хворого.

Редчіц М.А., Яцина О.В.

Профілактична направленість в діяльності сімейного лікаря

Однією із найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення здоров'я є обізнаність населення відносно чинників, які негативно впливають на його стан. Саме санітарна освіта є невід'ємною складовою діяльності сімейного лікаря, яка спрямована на забезпечення такої обізнаності з підвищення рівня здоров'я населення.

Методика організації практичних занять в світі «Наскрісної програми» засвоєння практичних навичок та практичних методик для лікаря загальної практики передбачає одними із її елементів “вміти залучати всю сім'ю до профілактики розвитку захворювання, пояснюючи переваги здорового способу життя”, “вміти розробляти профілактичні поетапні плани для всієї родини”.

Санітарна освіта в діяльності сімейного лікаря це, перш за все, пропагування здорового способу життя, профілактика шкідливих звичок та виникнення захворювань на СНІД, інформування про сучасні уявлення щодо причин виникнення різних захворювань, системи індивідуальних та громадських заходів з їх первинної та вторинної профілактики. Обізнаність з цими та іншими питаннями необхідна не тільки в інтересах охорони індивідуального здоров'я кожного члена родини, вона є важливою передумовою свідомого і відповідального ставлення всіх верств населення, керівників і працівників промислових підприємств, бізнесових структур, будівельників, педагогів, науковців до еколого-гігієнічних проблем довкілля, дотримання вимог індивідуальної та громадської гігієни в усіх сферах життя і трудової діяльності людини.

Кафедрою загальної гігієни та екології розроблені методичні матеріали практичного заняття для студентів 6 курсу, що передбачають перелік найбільш актуальних тем санітарної освіти, рекомендованої до них наукової літератури тощо. Під час підготовки та в ході проведення лекції (бесіди) майбутній фахівець повинен знати про необхідність забезпечення таких вимог

до їх якості: актуальність теми, зацікавленість нею аудиторії, сучасний науковий рівень, повного охоплення основних питань і розкриття теми, особиста обізнаність з питань теми, вільне володіння матеріалом, чіткий і логічно послідовний виклад, грамотність мови, емоційність, використання прикладів з власного професійного або особистого досвіду, вміння підтримувати зворотний зв'язок з аудиторією, володіння нею, готовність до відповідей на запитання, що з'являються.

Отже, таким методичним підходом забезпечується глибоке та всебічне засвоєння випускниками основних положень профілактичної медицини та вміння щодо їх адекватного використання в санітарній освіті населення.

Ромашкіна О.А.

Деякі лінгвістичні аспекти підготовки англомовних студентів на стоматологічному факультеті

Впродовж останніх років на стоматологічних факультетах вищих навчальних закладів України ведеться викладання стоматологічних дисциплін іноземним студентам англійською мовою. Це вимагає від викладачів високого рівня знань не лише з фонетики і граматики англійської мови, але і з найважливішого рівня іноземної мови – її лексики, насамперед, спеціальної лексики. Особливі труднощі виникають у викладанні англійською мовою ортопедичної стоматології, насамперед через те, що термінологічна система в англомовній літературі суттєво відрізняється від прийнятої у вітчизняній стоматології. Наприклад, сама лише назва «ортопедична стоматологія» у англомовній стоматологічній літературі перекладається як 'prosthodontics', а «лікар стоматолог-ортопед» - 'prosthodontist', «гіпсування моделей до артикулятора» - 'the mounting of stone casts in articulator', «центробіжне литво» - 'spun casting', «дефект (конструкції, протезу тощо)» - 'shortcoming', «сусідній зуб» - 'adjacent tooth', «проблеми, що можуть виникнути після фіксації зубного протезу» - 'post insertion problems', «проміжна частина мостоподібного протезу» - 'pontic', «гіпсування до кювети» - 'flasking' тощо. Крім того, один і той самий термін в англомовній стоматологічній літературі може мати декілька різних значень в українській мові, наприклад, 'denture' – «зубний ряд; зубний протез», 'insertion' – «місце прикріплення м'язу; накладання, фіксація протезу», 'grinding' – «обробка (шліфування) протезу; пришліфовування зубів» тощо.

На жаль, більшість стоматологічних ортопедичних термінів у підручниках, виданих на Україні, та в збірниках тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок-2.Стоматологія» перекладені не у відповідності до спеціальної англомовної стоматологічної лексики, що викликає значні труднощі у студентів при підготовці до практичних занять та

складанні ліцензійного іспиту, а у викладачів - при поясненні навчального матеріалу студентам під час лекцій та практичних занять.

Рубіна О.С., Токарчук Н.І., Антонєць Т.І., Моравська О.А.
Оптимізація підготовки лікарів – інтернів.

Важливим стратегічним завданням МОЗ України на сучасному етапі є модернізація системи вищої медичної освіти із забезпеченням підготовки спеціалістів відповідно до потреб галузі. Саме таких спеціалістів будуть потребувати центри первинної медико-санітарної допомоги, які створюються в країні в рамках програми реформування галузі охорони здоров'я.

На сучасному етапі боротьба за збереження здоров'я населення розглядається як питання національної безпеки. Провідну роль в цьому відіграє ступінь кваліфікації медичного персоналу та його достатня кількість.

Між тим забезпечення лікарями педіатрами та неонатологами є недостатнім. Перерва в функціонуванні педіатричних факультетів привели до значного зменшення кількості лікарів-педіатрів, збільшення кількості лікарів загальної сімейної практики, знання яких по педіатрії та неонатології є недостатніми.

Метою дворічної інтернатури зі спеціальності «Педіатрія» та „Неонатологія”, згідно наказу МОЗ України № 81 от 23.02.2005 г. [5] та типових навчальних планів [7-8] є підвищення рівня професійної підготовки лікарів-інтернів для їх самостійної роботи в якості лікаря - спеціаліста.

Процес оптимізації навчання лікарів-інтернів на кафедрі педіатрії №1 ВНМУ імені М.І.Пирогова направлений на підвищення мотивації оволодіння спеціальністю. Це передумовлює розробку нових методик викладання в інтернатурі, удосконалення методичних розробок з перевагою проблемних, практичних та семінарських занять, поповнення завдань підвищеної складності, в тому числі по невідкладним станам. На кафедрі для лікарів-інтернів розроблені мультимедійні презентації лекцій, з метою формування здатності до самостійної практичної діяльності пропонуються різні види занять: ділові ситуаційні ігри, клінічні розбори, реферативні семінари, дискусії. Спільно з керівником заочної бази інтернатури Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні к.мед.наук Моравською О.А. згідно графіка сумісної роботи проводяться науково-практичні, клінічні та патанатомічні конференції. Засвоєння практичних навичок та умінь проводиться під час курації та на муляжах під контролем керівника. Робота на заочній базі стажування передумовлює постійне оволодіння лікарями-інтернами сучасними медичними технологіями, курацію хворих дітей, чергування з метою діагностики та надання невідкладної допомоги при ургентних ситуаціях в педіатрії, неонатології. Ефективність підготовки на заочній базі в значній мірі залежить від особистості безпосереднього керівника, його кваліфікації, педагогічної майстерності.

Як свідчить досвід інших навчальних закладів, підготовка спеціалістів на сучасному рівні без інформаційних та телекомунікаційних технологій неможлива [1–3, 5–6, 9]. Використання сучасних комп'ютерних технологій, відеоапаратури може бути успішно реалізованим в комбінації з паперовими носіями в сукупності з високою педагогічною майстерністю та кваліфікацією керівника. [6, 10]. Засобом контролю якості навчання в інтернатурі на державному рівні є ліцензійний іспит «Крок-3». Підсумковий контроль знань та вмінь здійснюється шляхом атестації лікарів – інтернів атестаційною комісією. При успішному завершенні навчання видається сертифікат спеціаліста на право самостійної лікарської діяльності.

Індивідуальний підхід до навчання забезпечується тим, що кожний викладач в невеликих по кількості групах (5–6 чол.) має можливість навчити інтерна основам лікарського мислення, навчити обґрунтовувати та формулювати попередній діагноз, скласти план обстеження, проводити диференційну діагностику, формулювати заключний діагноз, призначати лікування та програму реабілітації. На нашій клінічній базі (ВОДКЛ), завдяки сприятливій психологічній атмосфері (колектив кафедри та відділень являє собою приклад єдності), доброзичливості до лікарів-інтернів, творчому аналізу клінічних ситуацій, стало можливим готувати спеціалістів поважаючи їх думку, намагаючись всебічно обговорювати з ними складні та нетипові в діагностичному плані клінічні випадки. Всі практичні лікарі максимально доброзичливі та завжди готові приділити увагу початківцю та роблять це щиро, повідомляють певні секрети правильного діагнозу, можливі помилки, наводять приклади з власного досвіду.

Особливої уваги в навчанні лікарів-інтернів заслуговує проведення клінічних розборів. В процесі підготовки до клінічного розбору хворого лікарю-інтерну потрібно ознайомитися з історією проблеми, з сучасною літературою та електронними носіями інформації по даному питанню, міркувати, радитись, психологічно готуватися до обговорення в великій аудиторії слухачів. Такий підхід стимулює, активізує, мотивує інтернів активно приймати участь в лікувально-діагностичному процесі відділення поруч з лікарями та співробітниками кафедри. А блискуча доповідь лікаря-інтерна на клінічному розборі — це висока оцінка праці його наставників.

Руда І.В., Чугу Т.В., Попова О.І., Дмитрієв М.О.

Місце сучасних методів профілактики карієсу зубів у дітей в структурі сімейної медицини.

На сьогоднішній день сімейна медицина зайняла провідну роль в структурі надання медичної допомоги населенню України. В умовах високого рівня розповсюдженості карієсу серед дітей та підлітків, що коливається в межах 82-86%, актуальності набуває питання постійного пошуку та впровадження нових ефективних засобів профілактики карієсу зубів, що дозволять суттєво знизити ці показники. Так, останнім часом, великого

значення в системі комплексної профілактики набули методики використання препаратів фтору, що при потраплянні в організм в оптимальній кількості дають можливість досягти відносного зниження частоти карієсу у дітей та підлітків.

Вирішити данні проблеми в змозі методика глибокого фторування, яка вперше була запропонована німецьким професором А. Кнаппвостом. По його аналогії фірма «ВладМиВа» розробила препарат «Глюфторед». Принципова відмінність глибокого фторування полягає в тому, що кристали CaF_2 мають величину всього 50А. Завдяки цьому вони добре проникають в пори емалі діаметром 100А, створюючи в них концентрацію іонів фтору приблизно в 5 разів більшу, ніж фтористого кальцію, що утворюється при нанесенні простих фторидів (NaF). Тому сумарна концентрація фтору в розчині згідно реакції в 10 разів перевищує концентрацію фтору, що отримується іншими способами. Мікрокристали фторидів, занурені в гель кремнієвої кислоти і тим самим захищені від механічної дії, створюють оптимальне середовище для іонів фтору, які в сукупності мінеральними солями мінералізації забезпечують довго тривалу ремінералізацію, підсилюючи її в 100 разів. Наявність іонів міді сприяє захисту від мікроорганізмів завдяки лужному фториду міді ($\text{Cu}(\text{OH})\text{F}$). Дезинфікуюча сила сполук міді постійно регенерує в результаті взаємодії з киснем, наявним у водомістких рідинах. При глибокому фторуванні не відбувається пошкодження мінеральної субстанції зуба, оскільки з нього не видаляється кальцій. Цей препарат після нанесення на тверді тканини зуба не впливає на адгезію і ретенцію пломбувальних матеріалів, що робить можливим використання його в якості профілактичного засобу, який попереджує виникнення вторинного карієсу під пломбою.

За даними літератури при використанні системи глибокого фторування: знижується захворюваність карієсом на 60%; покращується структура емалі та її міцність в 10 разів; знижується частота виникнення вторинного карієсу; збільшується термін служби поставлених пломб; нормалізується стан ясен та слизової оболонки порожнини рота. Всі ці аргументи свідчать на користь застосування препарату в клініці дитячої стоматології, що успішно і здійснюється співробітниками кафедри стоматології дитячого віку ВНМУ імені М.І.Пирогова. Так, протягом 5 років впровадження профілактики виникнення карієсу зубів шляхом глибокого фторування у дітей та підлітків у період змінного прикусу особливо наглядно проявляються переваги використання даного методу під час профілактики фісурного карієсу. Низька мінералізація емалі в цих ділянках при прорізуванні зуба, повільне дозрівання внаслідок обмеження контакту з ротовою рідиною, довго тривала ретенція карієсогенного нальоту спонукають до розвитку карієса в зоні фісур та ямок емалі. За даними наших досліджень з 256 зубів, фісури яких були зафторовані за вищеописаною методикою, протягом 3-4 річного спостереження всього 54 зуба виявилися вражені каріозним процесом, що означає 79% успіху.

Таким чином, необхідно рекомендувати всім сімейним лікарям активно включати в програму санітарно-просвітницької діяльності питання ефективного проведення сучасної профілактики карієсу зубів.

Рудавка С.І.

Проблема упровадження засад сімейної медицини в системі охорони здоров'я України

Одним із пріоритетів сучасної соціальної політики та невід'ємною складовою соціально-економічних перетворень української держави в цілому є реформування системи медичного обслуговування населення. В числі магістральних напрямів перебудови діяльності галузі охорони здоров'я передбачається організація нової системи управління та упровадження засад сімейної медицини.

Сімейна медицина має свої особливості, традиції та йде своїм корінням в історію загальної лікарської практики. Протягом ХІХ – початку ХХ сторіччя в країнах Європи, Росії, США майже всі лікарі займались загальною практикою. Це означало, що вони лікували всі захворювання, без обмежень, заснованих на особливій природі патології чи на статевій приналежності пацієнта.

Особливої уваги та вивчення досвіду заслуговує організація сімейної медицини у США, яка зайняла визначальне місце в системі охорони здоров'я країни з середини ХХ ст. Ця спеціальність стала однією із найважливіших складових американської системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі надають хворим велике коло послуг. В багатьох малонаселених районах США немає інших лікарів, крім них.

Лікар загальної практики виконує усе: приймає пологи, робить апендектомію, надає допомогу при переломах, полегшує страждання помираючих, лікує простуди, ревматизм, пневмонії – усі хвороби. Практика свідчить, що з більшістю розповсюджених захворювань успішно справляється добре підготовлений лікар сімейної медицини.

У цьому ключову роль відіграє професійна підготовка. Американські сімейні лікарі спочатку проходять чотирьохрічне навчання на звання бакалавра, потім ще чотири роки отримують загальну професійну освіту у вищому навчальному закладі. Після цього протягом трьох років оволодівають секретами своєї спеціальності. Саме на цьому етапі відбувається підготовка майбутнього сімейного лікаря по лікуванню людей з широким колом захворювань. Майбутнього сімейного лікаря вчать розпізнавати хвороби на самих ранніх стадіях, до їх переходу у більш важкі форми. Студенти вивчають різні діагностичні методики, у т.ч. і для вузьких спеціалістів. При цьому самим важливим є те, що майбутні сімейні лікарі вчаться визначати сферу своєї компетенції – що вони можуть чи не можуть робити і у яких випадках повинні звертатись за консультацією до відповідного спеціаліста.

Як свідчить хід реформування охорони здоров'я у Вінницькій області, що потрапила до пілотного проекту, на запровадження інституту сімейних лікарів було відведено дуже короткий термін, а їх професійний рівень ще недостатній. Таких фахівців мають серйозно готувати в медуніверситетах, в інтернатурі і стільки саме часу набувати практичного досвіду. «Екстерном», як це

відбувається нині, кувати кадри сімейних лікарів – тільки дискредитувати ідею.

«Вузким» місцем фахівців «широкого профілю», на думку обласного дитячого хірурга Солейко Н., є педіатрія. Лікарі дорослих не завжди справляються з дитячими хворобами і помиляються в діагностиці: анатомія дитини та особливості фізіології мають свою специфіку і, здавалось би, «знайома» з терапії недуга чи з хірургії проблема протікає в малого пацієнта інакше, ніж у його батьків.

Також разом з підготовкою лікарів сімейної медицини та підвищенням їх професійного рівня важливим була і є мотивація їх праці. Оплата лікарської праці як до реформування, так і при реформуванні охорони здоров'я залишається вкрай низькою. І хоч з травня 2012 р. лікарі почали отримувати доплати за обсяг роботи (більше пацієнтів - більша зарплата), проте це ще недостатній напрям покращення їх матеріального стану, враховуючи досить високу складність та відповідальність праці сімейного лікаря. Необхідно удосконалити і доопрацювати подібний механізм доплати за якісні показники лікаря широкого профілю (охоплення населення щепленнями, відсутність запущених стадій туберкульозу і онкозахворювань тощо). Варто було б запроваджувати і так звані місцеві стимули: муніципальні надбавки до зарплати, будівництво житла тощо.

Сарафинюк Л.А., Рудий Ю.Й., Мичковська Л.І.,
Пільганчук Л.І., Іванова Є.І.

Питання щодо тимчасового звільнення від занять фізичною культурою та спортом в практиці сімейного лікаря.

Сьогодні все частіше піднімається питання про погіршення стану здоров'я школярів і студентів. Численні сучасні дослідження показують, що більше 50 % школярів і студентів мають ті або інші відхилення фізичного здоров'я, 18-20 % – прикордонні порушення психічного здоров'я. Це обумовлено дією на організм численних соціальних, економічних, біологічних чинників, а також є і результатом невирішених педагогічних і медико-профілактичних проблем в галузі охорони здоров'я.

Для збереження і зміцнення здоров'я, порушеного перенесеними захворюваннями у лікувально-профілактичних і освітніх цілях необхідний оптимальний рівень рухової активності. Правильно підібрати навантаження можна за допомогою лікаря зі спортивної медицини, але на жаль, число таких фахівців в нашій країні постійно зменшується. У зв'язку з цим ряд завдань по обслуговуванню фізкультурників і юних спортсменів покладається на педіатрів, дільничних терапевтів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Фізичне виховання – могутній засіб активного впливу на розвиток організму і удосконалення його функцій. Медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням – невід'ємна частина навчального процесу та медичного

обслуговування учнів та студентів у навчальному закладі, що включає заходи, спрямовані на оптимізацію, безпеку та ефективність фізичної культури та забезпечує своєчасне визначення рівня функціональних можливостей організму учнів та студентів, адекватність фізичних навантажень та раннє виявлення ознак хвороб і ушкоджень. Здійснюється медико-педагогічний контроль сімейними лікарями лікувально-профілактичних закладів, медичними та педагогічними працівниками навчального закладу.

При огляді учнів, які перенесли захворювання або повернулися з лікувальних установ, в заключенні повинно бути вказано на необхідність звільнення на певний термін від занять фізичними вправами або продовження індивідуальних занять лікувальною гімнастикою. Істотними є терміни, на які повинна бути рекомендація сімейного лікаря на звільнення (повністю або частково) від фізичних вправ учнів. Терміни тимчасового звільнення визначаються відповідно до розроблених та затверджених МОЗ України таблиць (Наказ МОЗ України та МОН України від 20.07.2009. № 518/674).

Тимчасове повне звільнення від уроків фізичної культури необхідно рекомендувати:

- в період одужання після гострих захворювань;
- при загостренні хронічних захворювань;
- після операційного втручання;
- після перенесених травм;
- при ознаках перенапруги, перевтоми і перетренованості.

Тимчасове звільнення від деяких видів вправ або обмеження у фізичному навантаженні повинні рекомендуватися учням:

- які мали до цього тимчасове повне звільнення;
- при наявності не різко вираженої перевтоми і внаслідок перенапруги;
- у пубертатному періоді при дисгармонійному статевому дозріванні;
- при деяких порушеннях опорно-рухового апарату, які потребують застосування спеціальних коригуючих вправ (в першу чергу при сколіозах);
- при переході від занять лікувальною фізичною культурою або занять в спеціальній медичній групі.

Після перенесення гострих захворювань, оперативного втручання чи травмування на період реабілітації учні тимчасово зараховуються за призначенням лікаря до підготовчої групи, оскільки повне звільнення від фізкультури призводить до явищ гіпокінезії з несприятливими для організму наслідками. За місяць до закінчення терміну перебування осіб у спеціальній або підготовчій групі класний керівник, чи куратор письмово повідомляє учня (студента) та його батьків про необхідність проходження повторного медичного огляду. При повторних обстеженнях сімейний лікар може вказати на необхідність зменшення чи підвищення інтенсивності занять, доцільності переходу від одної медичної групи до іншої, про засоби захисту при несприятливих погодних умовах. Рекомендації і вимоги лікаря мають бути конкретними. З ними ознайомлюється учень і вчитель фізичної культури.

Терміни відновлення занять фізичною культурою після перенесених захворювань і травм визначаються лікарем індивідуально з урахуванням всіх

клінічних даних (тяжкості й характеру захворювання або травми, ступеня функціональних порушень, які були викликані захворюванням або травмою). Беруться до уваги також стать, вік, компенсаторні здатності організму й інші індивідуальні особливості.

Таким чином, пріоритетним завданням для збереження здоров'я нації стає не лікування хвороб, а їх профілактика. Це передбачає перехід до сімейної медицини, перенесення акценту на профілактичні та оздоровчі методи, ранню діагностику, сприяння здоровому способу життя.

Сергета І.В.

Формування профілактичного мислення лікарів загальної практики – сімейної медицини в умовах реформування Державної санітарно-епідеміологічної служби України

Реформування Державної санітарно-епідеміологічної служби України, що відбувається в теперішній час і, передусім, її перехід на двокомпонентну (територіальні органи Державної санітарно-епідеміологічної служби та їх відокремлені структури і регіональні Центри гігієни і епідеміології та їх відокремлені підрозділи) трирівневу (центральний, регіональний та місцевий рівні) модель функціонування зумовлює потребу в певній корекції основних напрямків викладання навчальних дисциплін гігієнічного змісту на етапах додипломної і післядипломної освіти під час підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Оптимізація головних структурних компонентів Державної санітарно-епідеміологічної служби передбачає, що на її територіальні органи покладаються функції здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду шляхом проведення перевірок суб'єктів господарювання, вжиття адміністративно-запобіжних заходів, здійснення санітарно-епідеміологічних розслідувань спалахів інфекційних та неінфекційних хвороб, а також радіаційних уражень; організації соціально-гігієнічного моніторингу та виконання державних і регіональних програм моніторингу довілля, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, біологічної безпеки тощо; узагальнення пропозицій щодо підготовки проектів законодавчих і нормативно-правових актів; надання адміністративних послуг (видача висновків і дозволів (санітарних паспортів) на роботу з небезпечними факторами фізичного, хімічного та біологічного походження); організацію проведення заходів з санітарної охорони певних територій тощо.

Натомість як основні функції центрів гігієни і епідеміології слід відзначити: інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності територіальних

органів Державної санітарно-епідеміологічної служби; забезпечення виконання робіт для потреб санітарно-епідеміологічного нагляду (проведення лабораторно-інструментальних досліджень факторів середовища життєдіяльності людини, вивчення та аналіз захворюваності населення і встановлення причинно-наслідкового її зв'язку з небезпечними факторами для потреб соціально-гігієнічного моніторингу, формування баз даних інфекційної і професійної захворюваності та інформаційної бази даних результатів соціально-гігієнічного моніторингу для потреб відповідних державних реєстрів; реалізація державних та регіональних програм моніторингу довкілля, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, біологічної безпеки а також проєктів міжнародної технічної допомоги у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення тощо), проведення лабораторних досліджень об'єктів середовища життєдіяльності людини, здійснення розрахунків впливу на здоров'я людини небезпечних факторів та їх лабораторно-інструментальні дослідження, проведення гігієнічного навчання і розрахунків для атестації робочих місць за умовами праці тощо.

Зазначені зміни зумовили потребу в реалізації певних змін у структурі проведення навчального процесу і, передусім, реструктуризації цілого ряду лекцій і практичних занять зі змістових модулів: “Вступ в гігієну та екологію. Основи запобіжного та поточного санітарного нагляду”, “Навколишнє середовище та методи його дослідження. Гігієна повітряного середовища, гігієна ґрунту, санітарна очистка населених місць”, “Гігієна води та водопостачання”, “Гігієна харчування”, що, незаперечно, суттєво покращуватиме базовий рівень підготовленості лікарів загальної практики – сімейної медицини з профілактичної медицини та є адекватним підґрунтям для формування профілактичного мислення, оптимізації лікарської діяльності в сучасних умовах загалом.

Сергета І.В., Краснова Л.І., Фещук Н.М.

Ситуаційні задачі з профілактичної медицини та їх місце в структурі підготовки лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”

Запровадження сучасних інтенсивних інноваційних педагогічних технологій підготовки фахівців медичної галузі на тлі зменшення кількості аудиторних занять та зростання частки самостійної роботи зумовлює необхідність використання як невід'ємних чинників оптимізації навчального процесу на кафедрах профілактичної медицини і, зокрема, на кафедрі загальної гігієни та екології, комплексних ситуативних задач, створених на підставі застосування фундаментальної методики “case-study” або кейс-технології.

Дійсно, з одного боку, тематика ситуаційних задач, що розробляються та запроваджуються, має чітко впливати із програмних положень дисципліни, яка вивчається, сприяти закріпленню її фундаментальних питань, причому навчальний матеріал, викладений у завданнях, повинен мати незаперечний зв'язок з клінічними дисциплінами, бути їх логічним продовженням,

наголошувати на необхідності проведення в ході здійснення лікарської діяльності заходів запобіжного змісту, підкреслювати значення і роль профілактичної складової діяльності майбутнього фахівця з сімейної медицини тощо. З іншого боку, проблематика ситуаційних задач має об'єктивно відображувати найбільш характерні тенденції сучасної охорони здоров'я, містити запозичені із реальної практики дані щодо санітарно-епідеміологічної обстановки певних об'єктів та лікувально-профілактичних закладів, тобто в повній мірі реалізовувати провідні напрямки кейс-технологій, і, насамперед, передбачати структурований опис ситуацій, які мають місце в реальному житті”.

Методологічною базою для створення ситуативних задач як для раціональної організації проведення Державного практично-орієнтованого іспиту, так і курсових екзаменаційних випробувань, підсумкових модульних контролів, лабораторних практичних занять з гігієни та екології слід вважати наступні принципи. Передусім, такі задачі мають бути реалістичними та повинні вміщувати конкретні порівняння, запропоновувати розгляд явищ, з якими фахівці медичного профілю в майбутньому можуть неодмінно стикнутися, надаючи можливість для узагальнення висновків і описуючи певну, іноді “драматичну ситуацію”, яка вимагає прийняття однозначного вірного рішення. Ситуаційні задачі, створені на основі кейс-технологій, мають не лише підвищувати інтерес до навчання та збільшувати рівень пізнавальної активності, але й повинні вдосконалювати практичні навички, спрямовувати суб'єктів навчання на пошук найбільш ефективних шляхів вирішення проблемних ситуацій, використання як специфічних, властивих тільки для профілактичної медицини, так і загальномедичних інструментів і понять.

Ураховуючи вищевикладене, необхідно відзначити, що ситуаційні задачі, які використовуються в ході навчального процесу на кафедрі загальної гігієни та екології, є фактичним матеріалом, який взятий з практики роботи санітарно-епідеміологічної служби області та передбачає вивчення особливостей комплексного, комбінованого та поєднаного впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я людини. Ситуаційні задачі, що розроблені, сприяють формуванню профілактичного мислення, зумовлюють підвищення майстерності діагностики і профілактики різноманітних захворювань, суттєво збільшують практичну спрямованість навчальної діяльності тощо.

Сливка О.Я

Нові підходи до традиційного навчального процесу підготовки сімейних лікарів.

Вивчаючи пізнавальні процеси людської свідомості, науковці вирішили перевірити ефективність навчального процесу, який на даний час здається очевидним. При цьому з'ясувались нові методики навчання, які можуть допомогти в підготовці будь – якого спеціаліста.

Традиційно застосовується лінійне вивчення предмету: взяли тему, вивчили, повторили, перевірили і пішли далі. Проведенні дослідження показали, що краще працює кластерна методика навчання, коли в кожному період часу вивчається не одна конкретна тема, а серія різних, але близьких тем.

З'ясувалась і несподівана користь зовнішніх перешкод. Існують типові вимоги до місця навчання – воно має бути тихим і спокійним, щоб ніщо не заважало заняттю. У проведеному експерименті, дивно, але факт: кращі результати вивчення предмету показали ті, хто обидва рази займався в двох різних кімнатах, включаючи кімнату і з відволіканням, – вони засвоїли матеріал вдвічі краще, ніж ті хто обидва рази перебували в тиші і спокої. У чому тут річ? Треба згадати, що процес навчання – це не механічне викладання знань на мозкову полицю. Щоб інформація залишилась в голові, мозок створює асоціації між тим, що він спеціально вивчає, та сигналами, що йдуть від середовища, як усвідомленими, так і неусвідомленими. На фізіологічному рівні можна сказати, що множинні асоціації допомагають досліджуваний інформації створювати більше нейронних зв'язків. Навряд чи варто відмовлятися від організації тихого і рутинного місця для першого знайомства з вивчаючим матеріалом. Але не менш важливо організувати повторне заняття в нестандартному середовищі.

Важливим доповненням до наведених підходів є принцип інтервальності. Приміром, якщо займатись якоюсь темою годину сьогодні, а потім іще годину через тиждень, то в підсумку в пам'яті залишається значно більше інформації, ніж якщо присвятити цій темі дві години поспіль і більше до неї не повертатись. Слід зауважити, що принцип інтервальності суперечить популярній методиці інтенсивного і глибокого занурення в досліджуваний предмет. Ця методика може привести до успіху, але, як правило, досить короткочасно. Але, якщо потрібно, щоб вивчене залишилось в пам'яті і допомогло в житті і роботі, то краще гнатись не за глибиною занурень, а за їх повторюваністю.

Для процесу навчання дуже корисні і такі інтелектуальні тортури, як тести і іспити. І не стільки з огляду – з'ясувати рівень знань, скільки з огляду на те, що процес такого з'ясування допомагає краще запам'ятати здаваний матеріал. Користь тестів і іспиту навіть перевищує повторне заняття і принцип інтервальності. Закономірність тут така, чим важчим здаються нам тести чи іспити, тим більше принесуть вони користі.

Цей ефект пояснюється тим, що під час відповідей на питання або розв'язуванні задач, мозок не просто дістає потрібну нам інформацію, а й одночасно міняє спосіб зберігання цієї інформації, забезпечуючи зручний доступ до неї наступного разу.

Описані методи навчання – кластерний підхід, альтернативне середовище, принцип інтервальності та регулярне (само) екзаменування є науково обґрунтованими та перевіреними експериментально. Її впровадження сприятиме успішній підготовці лікарів.

Смірнова О.В.

Значення загальнотеоретичної дисципліни «Медична хімія» у підготовці сімейного лікаря

Загальнотеоретичні дисципліни такі як біологія, хімія, фізика, біохімія та ін. є фундаментальними і формують світогляд майбутнього лікаря. Під час вивчення таких дисциплін акцентується увага на біологічне значення теоретичних понять та явищ.

Предмет «Медична хімія» на сучасному науковому рівні розглядає найважливіші теоретичні питання хімії, які студент може використати для пояснення суті фізико-хімічних процесів живого організму, що сприяє формуванню його наукового мислення.

Медична реформа, що зараз проходить, накладає особливі обов'язки на сімейного лікаря, як спеціаліста широкого профілю в найкращому розумінні цього слова. Це спеціаліст, який має орієнтуватися в питаннях лікування різних хвороб, а також займатися профілактикою захворювань як дорослих так і дітей. Для цього треба враховувати умови життя та праці людини. Все, що оточує нас, це хімічні речовини, які в тій чи іншій мірі впливають на загальний стан людини.

Здоров'я кожної людини закладається із дитинства. Тому сімейний лікар має враховувати найменші фактори, що можуть зіпсувати здоров'я дитини. Всі вони впливають в комплексі. Тому, коли мова іде про найменшого пацієнта, треба звертати увагу на всі сторони його життя.

Зараз майже всі продукти містять біологічно активні добавки (БАД), які можуть викликати алергію, під час розкладу їх в організмі людини можуть утворюватися канцерогенні речовини, вони можуть вступати в реакції не характерні для людини і викликати патологічні зміни.

Наприклад, глутамінова кислота (Е – 620) використовується для підсилення смаку м'яса. Вона є нейромедіаторною амінокислотою. А підвищена її концентрація в організмі в результаті вживання м'ясних продуктів може призвести до перезбудження і загибелі нервових клітин.

Такий БАД як аспартам (Е-951) – замінник цукру – добавляють в напої, цукерки та інші кондитерські вироби. В організмі людини аспартам розкладається із утворенням формальдегіду, який є канцерогеном. Напої із аспартамом не вгамовують спрагу, тому що він погано всмоктується в ротовій порожнині, значить накопичується в ній, в результаті чого солодкий смак підсилюється. Людина випиває більше такого напою, і концентрація цієї добавки в організмі збільшується.

Кока-кола та пепсі-кола містять фосфатну кислоту як консервант (Е - 338), а вона руйнує зубну тканину.

Звичайно легше купити готовий сік або солодку воду, ніж приготувати самому, але треба перш за все думати про здоров'я дитини. На це сімейний лікар має звертати увагу батьків.

Не менш важливим є одяг дитини. Синтетичні тканини (капрон, поліестери, поліаміди, еластан), які зараз дуже поширені, не пропускають вологу, навіть за температури тіла можуть виділяти шкідливі речовини. Тому треба вибирати одяг із натуральних (бавовна, вовна) або штучних тканин – віскоза, ацетатні тканини. Штучні волокна одержують обробкою деревини, тобто природного полімеру. Тому вони пропускають воду, не викликають алергічних реакцій, теплі, приємні на дотик. Купуючи одяг, треба обов'язково дивитися на етикетку, де вказано матеріал, із якого зроблено цей виріб.

Необхідно приділяти увагу іграшкам, які несуть велику небезпеку здоров'ю дитини, тому що полімери, із яких вони виготовлені, а також фарби є токсичними.

В побуті використовується багато хімічних речовин, які не сприймаються як небезпечні, але вони можуть нанести великої шкоди. Оцет, сода, миючі засоби для дитини є отруйними. Діти із зацікавленістю грають ртутними кульками із розбитого термометра. А це дуже сильна отрута. Одним із незаражуючих засобів є калій перманганат (марганцівка), який має бути в кожній сім'ї.

Сімейний лікар має переконувати пацієнтів у перевагах здорового способу життя, не користуватися порадами знайомих та знахарок. Кожна людина, кожний організм особливий і потребує свого конкретного підходу і рекомендацій лікаря для запобігання хвороб. Це не легка задача. Але здорова людина буде нагородою для лікаря.

Станіславчук М.А., Демидюк В.Т., Савицька О.О.

«Наскрізна програма» – переваги та недоліки в її реалізації.

Оволодіння практичними навичками студентами 4-6 курсів та лікарями-інтернами на кафедрі внутрішньої медицини №1 завжди було і є в центрі уваги. В цьому плані «наскрізна програма» підготовки студентів та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» наводить детальний список всіх практичних навичок та методик, який включає 221 пункт, з яких 86 (38%) не тільки володіти, а й самостійно їх застосовувати. Для лікарів-інтернів планка володіння практичними навичками та самостійного їх застосування піднята до 216 (98%) пунктів.

В загальному переліку практичних навичок на частку навичок з внутрішніх хвороб припадає 21 пункт, що складає лише 20% всіх необхідних для лікаря загальної практики. Вимоги до рівня їх оволодіння досить високі - 98%. Враховуючи мету «наскрізної програми» - покращити засвоєння практичних навичок та методик, що застосовуються в практичній діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини (2011р.), на кафедрі внутрішньої медицини №1 було переглянуто та поновлено перелік практичних навичок, якими повинні оволодіти студенти 4-6 курсів та лікарі-інтерни при вивченні кожного змістовного модуля. На кожному практичному занятті студенти під керівництвом викладача самостійно збирають скарги, анамнез, проводять об'єктивне обстеження хворого, складають план обстеження та

лікування хворого, розглядаються питання трудової експертизи та профілактики. Курація хворого, написання історії хвороби та її захист є важливим етапом в формуванні навичок та вмінь.

При проведенні підсумкового модульного контролю задача практичних навичок є однією з основних складових. Поряд з вміннями збирати анамнез, проводити об'єктивне обстеження та трактувати додаткові методи, студент мусить показати вміння реєструвати та розшифровувати ЕКГ, оцінювати показники спірограми, лабораторних досліджень, розв'язувати ситуаційні задачі з надання невідкладної допомоги, проводити серцево-легеневу реанімацію. Наявність такого контролю в навчальному процесі обумовлюється вимогами суспільства до особистості лікаря і рівня його систематизованих спеціальних медичних знань та вмінь. Він нерозривно пов'язаний з науковою обґрунтованістю визначення вимог до знань, вмінь та навичок, адже мета навчання виступає не тільки в якості загального теоретичного орієнтиру навчання, а й є еталоном вимірювання та оцінювання результатів навчання, тобто готовності випускника до професійної лікарської діяльності.

Однак, «наскрізна програма», поставивши високу планку оволодіння практичними навичками та вміннями, ставить під сумнів її реалізацію в умовах сьогоденного навчального процесу. Адже для навчання 13-15 студентів в групі потрібно активно працювати в палаті, залучати навчальні тренажери, муляжі, відповідну апаратуру, лабораторні експрес-набори, кількість яких обмежена.

Старовер А.В.

Застосування інтерактивних методик моделювання та симуляції в підготовці сімейних лікарів за спеціальністю «Акушерство та гінекологія»

Стрімкий розвиток науково-технічного прогресу, глобалізація, інтеграція, трансформація суспільства, міграція освітніх послуг, застосування нових технологій у навчанні: дистанційне навчання, використання мережі Інтернет, мультимедійних технологій дають можливість поглиблювати вивчення майбутнім сімейним лікарем навчальних дисциплін.

Поява інтерактивного методу навчання обумовлена вимогами підвищення ефективності навчання за рахунок активнішого включення студентів та лікарів в процес не тільки отримання знань, але і безпосереднього їх застосування. Сутність методів інтерактивного навчання - Те, що я чую – я забуваю; Те, що бачу – я запам'ятаю; Те, що я роблю – я розумію. Одним з варіантів інтерактивного методу навчання є методика моделювання та симуляції.

Моделювання ситуації, симуляція є моделлю реальності. Цей метод передбачає тренування поведінки при використанні вміння учасника до аналізування явищ у безпечних умовах (у процесі симуляції студенти та лікарі використовують фантоми-симулятори, а не реальних пацієнтів). Симулятори

— імітатори, механічні чи комп'ютерні, імітують управління будь-яким процесом, апаратом, засобом.

Симулятори поділяються на:

- Віртуальні (проведення лапаро- та гістероскопій);
- Роботи-симулятори та манекени (для відпрацювання дій всієї медичної команди при проведенні пологів, реанімаційних заходів);
- Фантоми, муляжі, моделі – для відпрацювання окремих практичних навичок.

Методи симуляції та моделювання допомагають наблизити навчальний процес до реального життя. Проте це можливо при умові, якщо ці сценарії моделюють реальні ситуації, а не схеми з підручника. Ефект від навчання за методом підсилюється також за рахунок перевтілення учасників в конкретних дійових осіб.

Існують наступні можливості симуляційного навчання:

1. Створення клінічних ситуацій, максимально наближених до реальних, однак безпечних для пацієнтів.
2. Неодноразовість повторення дій для виробки навичок, вмінь та ліквідації помилок.
3. Виробка та підтримка навиків професійних дій в екстрених ситуаціях, необхідних кожному медичному фахівцю.
4. Відпрацювання взаємодій при командній роботі.
5. Оцінка за допомогою введеної в стимулятор комп'ютерної програми правильності та ефективності виконання навички кожним учасником.

Метод моделювання та симуляції краще застосовувати, коли навчаємо конкретних навичок та вмінь, які неможливо відпрацювати в реальному житті без нанесення шкоди або загрози пацієнту, однак які часто застосовуються в медичній практиці.

При підготовці сімейних лікарів за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» у викладачів часто виникає ситуація, коли засвоєння практичних навичок (ведення фізіологічних пологів, реанімація новонародженого) неможливо на реальних пацієнтах. В цьому випадку ми застосовуємо метод моделювання та симуляції з застосуванням фантомів для гінекологічного дослідження з муляжами норми та патології ЗОЯ, ЕВА, ВіртуГіН, фантомів пологів, віртуального робота-симулятор новонародженого Newborn, віртуального робота-симулятора пологів Noelle. Практичні навички, які можна застоїти за допомогою цього методу: проведення зовнішнього обстеження вагітних, прийоми Леопольда, допомога при веденні пологів при головному передлежанні, проведення реанімації новонародженого, в гінекології – проведення зовнішнього гінекологічного дослідження, вагінального, бімануального, інструментального вагінального досліджень. Всі наведені практичні навички введені до «Наскрізної програми» підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

Старовер А.В.

Підготовка сімейних лікарів до ведення пологів поза стаціонаром

Сімейний лікар в своїй практиці може зустрітися з ситуацією, яка вимагає прийняття пологів поза стінами лікувального закладу. При цьому лікар має знати, що пологи можливі вдома, у салоні автомобіля ШМД, в амбулаторно-поліклінічних установах, у транспорті. Позалікарняні пологи найчастіше відбуваються при недоношеній вагітності або доношеній у жінок, які багато разів народжували. Часто такі пологи є стрімкими або передчасними.

Медична допомога при веденні поза лікарняних пологів має включати в себе наступне:

1. Необхідно вирішити питання про можливість і терміни госпіталізації роділлі до пологового будинку, при цьому необхідно оцінити період пологової діяльності.

2. При відсутності можливості транспортування роділлі до народження дитини - приступити до ведення пологів - підготувати пологове укладання, що входить в оснащення бригад ШМП або, якщо пологи відбуваються до прибуття швидкої допомоги – покласти жінку на чисті простирадла, обробити руки (помити з милом, протерти спиртом).

3. Оцінити дані загального і акушерського анамнезу: кількість вагітностей і пологів в анамнезі, перебіг, наявність ускладнень. Визначити перебіг даної вагітності: загроза переривання вагітності, загальна надбавка у вазі, динаміка артеріального тиску, зміни в аналізах крові (за даними обмінної карти). Проаналізувати дані загального об'єктивного дослідження.

4. Оцінити період пологів: початок переймів, їх регулярність, тривалість, інтенсивність, болючість. Провести 4 прийоми зовнішнього дослідження і визначити висоту стояння дна матки, положення і позицію плоду, характер передлежачої частини і її відношення до площини входу в малий таз. Зробити при наявності стетоскопу аускультацию плоду.

5. Оцінити характер виділень: наявність кров'янистих виділень, підтікання навколоплідних вод, наявність у них меконію.

6. Перший період пологів ведуть очікувально за загальними принципами.

7. Другий період ведуть без захисту промежини, підтримують бажання жінки до вільного пересування, вибору оптимальної для неї пози для народження дитини. Застосовують тактику нерегульованих фізіологічних потуг. Вислуховують серцебиття плода після кожної потуги (при можливості).

8. Після народження головки пальцем проводять по шиї плоду до плеча: перевіряють, чи не обвилася пуповина навколо шиї. Якщо є обвиття пуповини, петлю останньої обережно знімають через голівку.

9. Народжене немовля кладуть на живіт матері, висушують чистою пелюшкою, оцінюють за шкалою Апгар, накривають ковдрою. Після припинення пульсації пуповини, відступивши 8-10 см від пупкового кільця, пуповину обробляють спиртом, перев'язують товстими нитками, пересікають. Кукса пуповини змащується 5% розчином йоду, а потім на неї накладають стерильну пов'язку.

Подальша обробка новонародженого проводиться тільки в акушерському стаціонарі, в умовах максимальної стерильності для профілактики можливих інфекційних і гнійно-септичних ускладнень.

10. Ведення послідового періоду – проводять очікувальною тактикою. Послід, що народився, обов'язково повинен бути доставлений в акушерський стаціонар. Якщо є кровотеча з м'яких тканин, необхідно накласти стискаючі пов'язки (кровотеча з розриву промежини, ділянки клітора), можлива тампонада піхви стерильними марлевими серветками. Всі зусилля при даних маніпуляціях повинні бути спрямовані на термінову доставку породіллі в акушерський стаціонар.

11. Після пологів у породіллі стежать за пульсом, артеріальним тиском, станом матки і характером виділень (можлива кровотеча). Послід, що народився, породіллю і новонародженого необхідно доставити в акушерський стаціонар.

12. Жінку з дитиною госпіталізують в обсерваційне (друге акушерське) відділення. Проводять огляд статевих шляхів в дзеркалах. Жінці та новонародженому проводять профілактику правця: жінці внутрішньом'язово 1,0 мл антиправцевого анатоксину та іншим шприцем в інше місце внутрішньом'язово 250 МО протиправцевого людського імуноглобуліну або (при його відсутності) 3000 МО протиправцевої сироватки; дитині внутрішньом'язово вводять 250 МО протиправцевого людського імуноглобуліну або (при його відсутності) 3000 МО протиправцевої сироватки, анатоксин не вводять. Дитину оглядає неонатолог, проводять профілактику гонобленореї, обробку пуповини.

Степанюк А.Г., Вільцанюк О.О., Ткаченко О.В.

Підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини

Добре відомо, що в світі ще не існує всеосяжної та універсальної, ідеальної системи охорони здоров'я, але слід констатувати, що в Україні на теперішній час сформувалося соціальне замовлення суспільства на створення в структурі первинної ланки охорони здоров'я лікаря особливої категорії, який би міг відігравати роль авторитетного професіонала на первинному рівні, який би задовольняв медичні потреби широкого діапазону, тобто сімейного лікаря.

На кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова, яка розташована на базі МКЛ № 1 лікарі-інтерни проходять очний та заочний цикли навчання, це майбутні лікарі сімейної медицини. Завдяки тому, що навчально-педагогічна, наукова і лікувальна робота викладачів кафедри тісно пов'язані між собою, кожен викладач старається максимально передати свої знання майбутнім лікарям. На очному циклі навчання інтерни проходять згідно тематичному плану кафедри семінарські заняття, які націлені не тільки на теоретичну основу, але і на клінічний розбір тематичних хворих.

Під контролем доцентів кафедри, завідувача та лікарів-ординаторів відділень інтерни активно курують хворих із різними захворюваннями

внутрішніх органів, як самостійними, так і з коморбітними станами. Щоденно у відділеннях МКЛ № 1 лікарі-інтерни також проводять реферативні доповіді, які містять новітні технології медицини, щодо діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів, або клінічних випадків, що заслуговують на увагу своєю рідкістю виявлення.

Лікарі-інтерни відвідують обходи професора та доцентів, спостерігають за особливостями розпитування, об'єктивного дослідження хворих, навчаються мануальним навичкам та інтерпретації додаткових методів дослідження. Доповідають про стан важкохворих, висловлюють особисту думку щодо покращення діагностики та лікування проблемних у курації хворих. Це суттєво покращує якість навчання, розвиває клінічне мислення, сприяє вивченню і засвоєнню протоколів надання медичної допомоги населенню. У процесі навчання інтернів використовуються також комп'ютерні тестові програми у режимах тренінгу та атестації. Таким чином, лікарі-інтерни мають достатню як теоретичну так і практичну підготовку майбутнього лікаря сімейної медицини.

При належному усвідомленні сімейним лікарем своєї вагової ролі у заходах по сучасному реформуванню системи охорони здоров'я, спрямованих на задоволення потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї, підтриманих заходами щодо економічного стимулювання інституції сімейної медицини в державі, перебудова системи первинної медико-санітарної допомоги на нових, визнаних у всьому світі засадах, дасть очікувані позитивні результати. Сімейна медицина - це медицина майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я.

Сулім О.Г.

Гірудотерапія – у практиці лікаря загальної практики

В кваліфікаційній характеристиці лікаря зі спеціальності загальна практика-сімейна медицина, що затверджена наказом МОЗ України від 23.02.2001 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» у переліку необхідних знань і навичок, якими має володіти лікар є «Техніка зберігання та постановка п'явок».

З лікувальною метою п'явок використовували ще в 1500 р. до н.е. В наш час лікарі застосовують п'явок в мікрохірургії при трансплантації органів та їх частин, а також при ауто трансплантації травматично-ампутованих пальців, вух і інших частин обличчя. П'явки випивають з органу-трансплантату чимало крові, але замість неї своїми ферментами сприяють консервації найдрібніших кровоносних судин, готуючи їх до зрощування з судинами тіла, а разом убивають патогенну мікрофлору, що розмножується в травмованій ділянці. Завдяки такому способу мікрохірургії кровоносні судини трансплантованого органу швидко з'єднуються і в них відновлюється кровообіг.

Компоненти слини п'явки вивчались не тільки в хімічних лабораторіях, але і за допомогою рентгеноструктурного і рентгеноспектрального аналізу. Було відкрито велику кількість активних

речовин в слині п'явки, що усувають мікроциркуляторні розлади, ішемію і гіпоксію тканин. До цих речовин крім гірудину, відносяться інгібітори трипсину і плазміну, високо специфічні ферменти – гіалуронідаза, дестабілаза, колагеназа, гістаміноподібні речовини. Гірудин являє собою речовину білкової природи. Це поліпептид, ланцюжок амінокислотних залишків, серед яких є глютамін, аспарагін, лізин, цистин, гліцин, серин. Лабораторні дослідження показали, що гірудин проявляє себе, як антикоагулянт швидкої дії. Водночас дія ферменту не є травматичною для судин і сприяє заживленню. В організмі гірудин не перетворюється у нові речовини, а тому виводиться нирками в незмінному вигляді.

Правила зберігання п'явок не складні. Найперше це чистота. Чиста посудина, чиста вода в якій живуть ці істоти. Без їжі вони можуть жити біля 2 років. Поставити п'явку теж не складно, помічена закономірна вибірковість п'явки щодо місця укусу. Максимальний лікувальний ефект від використання медичної п'явки можна досягнути якщо посадити її безпосередньо в біологічно активних зонах нашого тіла. Шкіра на яку ставлять п'явку має бути чистою. Перед сеансом виключається вживання пацієнтом алкоголю та тютюну. Руки лікаря який ставить п'явку також не повинні пахнути спиртом, медикаментами. П'явки дуже чутливі до запахів. З посудини в якій вони зберігаються, п'явку беруть голими руками. Якщо п'явка відчує різкий запах вона відмовляється присмоктуватися до шкіри пацієнта. Тоді лікар застосовує приманки: п'явки люблять солодке.

Гірудотерапія корисна в певній мірі при різних захворюваннях, потрібно тільки навчитися правильно використовувати її в конкретних випадках. При старанному засвоєнні методу зберігання і постановки п'явок, а також при умові ретельного дотримання всіх правил поводження з ними, лікар загальної практики завжди матиме під рукою дієвий засіб допомоги своїм пацієнтам. Дана робота раніше не подавалась до друку в інших виданнях.

Теклюк С.В.

Удосконалення підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» з питань ранньої діагностики та лікування коморбідних депресивних розладів у пацієнтів амбулаторної мережі

На сьогоднішній день депресія розглядається не тільки як психопатологічна, але і як загальномедична проблема, з якою стикаються лікарі всіх спеціальностей. Останнє зумовлене специфікою клінічних проявів цієї патології, які значною мірою стосуються різних соматичних функцій, сну та загальної активності. В той же час власне психічна діяльність може тривалий час залишатися відносно інтактною.

Можливості ефективного лікування депресивних розладів упродовж останніх років значно зросли. Нові антидепресанти зробили медикаментозну

терапію депресії не тільки більш результативною, але й безпечнішою. Менша кількість і вираженість побічних ефектів, простота призначення, можливості комбінації з препаратами, які використовуються для лікування соматичних захворювань, розширили можливості застосування антидепресивної терапії. Не зважаючи на те, що первинна профілактика розвитку депресії залишається дуже складною, з'явилась можливість зменшити ризик подальшого прогресування хвороби. Тому виправданим являється участь лікарів загальномедичної практики-сімейної медицини у діагностиці, терапії та попередженні розвитку важких форм депресивних розладів.

На підставі комплексного дослідження з використанням скринінгового інструментарію, стандартних клінічних оціночних шкал та опитувальників нами отримано нові дані про поширеність, структуру та клінічні особливості депресивних розладів у пацієнтів амбулаторної ланки загальномедичної допомоги, що дозволило розробити ефективну методику виявлення групи високого ризику наявності депресії серед даної категорії пацієнтів. Також нами визначено оптимальний алгоритм ранньої діагностики депресивних розладів у хворих соматичного профілю в умовах територіальної поліклініки (сімейної амбулаторії). На засадах доказової медицини нами визначено показання до диференційованого використання сучасних антидепресантів у хворих з депресивними коморбідними розладами.

Результатами проведеного дослідження стало створення, наукове обґрунтування і впровадження в клінічну практику алгоритму надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам загальномедичної амбулаторної мережі з коморбідними депресивними розладами, що дозволяє оптимізувати діагностичну процедуру та удосконалити терапевтичні заходи стосовно пацієнтів з депресивними розладами в умовах територіальної поліклініки та сімейної амбулаторії.

Теклюк С.В.

Удосконалення підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» з питань ранньої діагностики та підтримуючого лікування пацієнтів, що перенесли перший епізод шизофренії.

Не дивлячись на те, що високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної трудової діяльності, суспільного спокою і стабільності, показники психічного здоров'я населення України свідчать про негативні тенденції в цій галузі. Протягом останніх десятиліть в структурі психічної патології визначається збільшення поширеності в 1,2-1,5 рази психічних розладів усіх регістрів, в тому числі шизофренії. Остання особливо обтяжує суспільство завдяки ранньому дебюту захворювання, хронічному прогресивному перебігу та ранній інвалідації хворих. Особлива увага останнім часом приділяється проблемі психо-соціальної реабілітації хворих із першим епізодом шизофренії. Доведено, що раннє виявлення і своєчасне медикаментозне та психосоціальне втручання

сприяє більш благоприємному перебігу захворювання після першого психотичного епізоду, мінімізації негативних соціальних наслідків для пацієнта та його оточення. Разом з тим, проблема діагностики та диференційної діагностики шизофренії на ранніх етапах її формування (особливо прояв першого епізоду захворювання) залишається актуальною до сьогодні.

Серед причин недостатньої ефективності надання психіатричної допомоги в проекті концепції Державної цільової комплексної Програми розвитку охорони психічного здоров'я України на 2011-2015 роки, зокрема виділено: застарілість структури і функційної організації психіатричної служби, яка вимагає змін відповідно європейським і світовим тенденціям; недостатня участь медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів та соціальних працівників у наданні психіатричної допомоги; низька доступність осіб із проблемами психічного здоров'я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги (Марута, 2011). Тобто, відповідно до сучасних поглядів на вирішення зазначеної проблеми, активну роль у виявленні пацієнтів із першими проявами шизофренії та їх медико-психологічний супровід після виписки із психіатричного стаціонару повинні відігравати саме лікарі загальної практики-сімейної медицини у тісній співпраці із психіатрами, психотерапевтами та працівниками соціальних служб.

Збільшення повноважень лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо медико-психологічної підтримки хворих із хронічними психічними розладами являється також важливим ресурсом у подоланні проблеми «ярлика» психіатричного діагнозу, адже хворі можуть бути менше прив'язані до спеціалізованої психіатричної служби.

Таким чином, вивчення, розробка та наукове обґрунтування нових підходів до психо-соціальної реабілітації хворих із первинним епізодом шизофренії із залученням лікарів загальної практики-сімейної медицини є актуальною проблемою для подальшого наукового дослідження.

Темна О.В., Остапчук О.І., Берко Г.К., Величкович М.М., Перебетюк Л.С.
Застосування методики ритмо-динамічних асоціацій для підвищення ефективності засвоєння студентами медичного факультету навичок непрямого масажу серця.

Відповідно до сучасних вимог реформування охорони здоров'я слід розпочинати в аудиторіях медичних університетів, адже нинішні студенти через деякий час стануть дипломованими фахівцями, яким доведеться працювати в нових умовах. Сучасна модель фахівця передбачає довести відповідність професійних навичок і вмінь до професійної кваліфікаційної характеристики, що в свою чергу ставить завдання для викладачів навчити студента самостійно оцінити конкретну критичну ситуацію, встановити діагноз, надати невідкладну допомогу.

Все це вимагає від нас підвищення якості практичної підготовки шляхом реалізації нових форм і методів. Провідне місце в процесі навчання студентів

займає засвоєння практичних навиків, найбільш важливим з яких є серцево-легенева реанімація (СЛР). Знання лікарем основних принципів проведення СЛР та вміння втілювати їх в життя дозволяють йому не розгубитися в екстремальній ситуації, надати кваліфіковану допомогу пацієнту и тим самим спасти життя. Одною з найважливіших умов успішної реанімації є частота компресій, яка відповідно до рекомендацій АНА (2010) складає більше 100 за хвилину. Метою дослідження було вивчити ефективність засвоєння практичних навичок непрямого масажу серця студентами нашого університету за допомогою методу ритмо-динамічних асоціацій.

Матеріали і методи. В дослідженні прийняли участь 43 студентів (серед них – 22 ст. 6 курсу (I гр.) та 21 ст. 4 курсу (II гр.)). Студенти 4 курсу вивчали практичні навички за звичайною методикою, яка включала пояснення та закріплення матеріалу на манекені-тренажері. Студенти 6 курсу засвоювали практичні навички непрямого масажу серця за методикою ритмо-динамічної асоціації, яка полягала в використанні музикальної композиції, ритм якої мав 102 удари за хвилину під час засвоєння навичок непрямого масажу. Ступінь засвоєння навичок визначали через 1 добу та через 20 діб після проведеного заняття. Аналіз результатів показав, що через 1 добу в обох групах студентів був приблизно однаковий відсоток (в I гр. - 90,8%, в II гр. – 92,8%) точного відтворення ритмічних рухів компресії грудної клітини під час проведення непрямого масажу серця, тоді як через 20 діб цей відсоток становив 59,2% в II гр. та 90,3% в I гр.

Таким чином, отримані результати свідчать про вищу ефективність засвоєння навичок непрямого масажу серця з використанням методики ритмо-динамічної асоціації.

Тихолаз С.І.

Роль курсу «Латинська мова та основи медичної термінології» в підготовці лікаря загальної практики

Для досягнення мети вивчення навчальної дисципліни «Латинська мова та основи медичної термінології», визначеної відповідно до ОКХ та ОПП підготовки спеціаліста – використовувати грецько-латинські медичні терміни в практичній діяльності фахівця – викладачі курсу, які мають чималий досвід роботи зі студентами – майбутніми медиками і в свій час розробили курс латинської мови та основ медичної термінології для цієї категорії студентів, ставлять за мету допомогти студентам цілісно і системно оволодіти знаннями з латинської мови та основ анатомічної, фармацевтичної, клінічної термінології.

Курс латинської мови та основ медичної термінології розрахований на 120 годин (4 кредити): 70 годин практичних занять і 50 годин самостійної роботи студента. Увесь матеріал курсу (35 занять) розподілено на два модулі (17+ 18 занять відповідно), кожен з яких в свою чергу ділиться на три змістових модулі. За вимогами Болонської системи

навчання контроль знань студентів проводиться регулярно на кожному практичному занятті з виставленням оцінки, яка конвертується у відповідний бал. Студент допускається до ПМК при наявності мінімум 72 балів («задовільно» з кожної теми).

Для найбільш ефективного та осмисленого засвоєння студентами медичних термінів, точного розуміння означуваних понять до кожного практичного заняття підготовлені методичні матеріали, створені навчально-методичні посібники, збірники контролюючих матеріалів (трьома мовами).

Викладачами латинської мови розроблений пакет тестових завдань, які стимулюють логічне мислення студента, сприяють свідомій відповіді відповідно до знань та вміння використовувати їх на практиці. Різноманітність завдань лексичного, граматичного та синтаксичного характеру, що пропонуються до виконання на практичних заняттях і самостійно, допомагають студенту у розвитку лінгвістичного мислення, виробленні навичок грамотного використання професійної лексики, вільного оперування медичною термінологією.

Оскільки латинська і грецька мови являються основним джерелом утворення медичної наукової термінології, головною метою викладання дисципліни є навчити студентів знати, розуміти, свідомо, грамотно та творчо застосовувати на практиці сучасну медичну термінологію.

Засвоєння основ латинської граматики, кола загальних питань з медичної термінології та спеціальних питань з окремих розділів, структури номенклатурних понять забезпечує професійну термінологічну грамотність - вільне орієнтування у сучасній латинській медичній термінології, грамотне застосування її на практиці, точне розуміння спеціальних термінів і понять, допомагає у формуванні та розвитку професійного мовлення зокрема та професійної спрямованості майбутнього спеціаліста-медика в цілому.

Ткаченко О. В., Вільцанюк О. О., Степанюк А. Г.

Важливість підготовки лікарів загальної практики - сімейної медицини в умовах реформування галузі охорони здоров'я

Визначено, що в умовах функціонування поліклінічної (традиційної) моделі надання первинної медико-санітарної допомоги населенню неможливо забезпечити дотримання рекомендацій ВООЗ щодо організації ефективної ПМД. Через це Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» передбачено, що для підвищення доступності медичної допомоги населенню необхідно провести реформування галузі шляхом чіткого структурного розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги та створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їхнього ресурсного забезпечення; подальшого розвитку інституту сімейної медицини на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги.

Отже, проведення реформування, а фактично - створення нової системи охорони здоров'я - єдиний шлях для забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення України. Адже за роки незалежності система галузі охорони здоров'я, успадкована від радянського часу, так і не була адаптована до сучасних вимог та суспільних потреб.

До числа основних цілей модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу належать :

- забезпечення рівного і справедливого доступу наших громадян до медичного обслуговування, яке має бути високої якості і відповідати потребам суспільства;
- поліпшення здоров'я населення;
- підвищення ефективності використання ресурсів галузі охорони здоров'я;
- впровадження мотивації медичних працівників до ефективної праці.

Успішний розвиток будь-якої сфери людської діяльності неможливий без управління, тобто систематичного процесу використання ресурсів для досягнення певної мети. Основним ресурсом кожної організації є люди, оскільки саме вони приводять в дію решту всіх ресурсів.

На сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я знаходиться на порозі кадрової кризи. Деякі фахівці визначають ситуацію як таку, що може стати реальною загрозою здоров'ю населення. Наразі необхідна мобілізація прихованих можливостей системи на основі кращого використання кадрових ресурсів.

Ефективна кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я. Адже саме від наявності кадрів, їхньої фаховості, професіоналізму, у першу чергу, залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги. В системі охорони здоров'я виключно важлива роль відведена безпосередньо медичному працівникові, тому до підготовки медичних кадрів потрібно підходити особливо ретельно. Підготовка лікарів загальної практики – сімейних лікарів є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ.

З метою забезпечення безперервної професійної підготовки медичних працівників первинної ланки створюються обласні тренінгові або навчально-практичні центри. За можливості навчально-практичні центри створюються також у районних центрах та містах обласного підпорядкування. Завданням таких центрів є сприяння організації проведення короткотривалих тематичних курсів для медичних працівників центрів первинної медико-санітарної допомоги без відриву від виробництва шляхом надання приміщень та матеріально-технічних засобів, необхідних для здійснення навчального процесу навчальним закладом або організації дистанційних форм навчання.

Токарчук Н.І., Рубіна О.С., Серебренікова О.А., Моравська О.А.

Питання педіатрії у підготовці сімейного лікаря

Створення інституту сімейної медицини є пріоритетним напрямком реформування системи охорони здоров'я населення України. Підготовка

сімейного лікаря з питань педіатрії повинна базуватися на стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, яка запропонована ВООЗ та ЮНІСЕФ. Проблемне вивчення сприяє кращому осмисленню, освоєнню та грамотному використанню вивченого матеріалу. Відомо, що лікар зобов'язаний навчатися все своє професійне життя, а безперервний професійний розвиток лікаря – це період постійного навчання, підготовки, підвищення кваліфікації та самовдосконалення. За словами Джон Девей «Образование – это не подготовка к жизни, это и есть жизнь».

При проблемному навчанні лікаря велике значення має самостійна освіта, адже саме самостійний пошук рішення поставленого завдання розвиває відчуття відповідальності, робить людей ініціативними. Перед системою вищої освіти стоїть завдання не лише формувати у студентів професійні вміння та навички, а сприяти формуванню мислення, розвивати методику самостійного пошуку та обробки інформації. Самостійна робота студентів відноситься до активних методів навчання, розкриває індивідуальність студента, активізує творчий підхід в оволодінні знаннями, формує самостійність в процесі навчання.

Головним напрямком інтегрованого ведення хвороб дитячого віку є первинна медико-санітарна допомога. Першочерговим завданням сімейного лікаря є оцінка стану дитини, визначення характеру та обсягу медичної допомоги (амбулаторна допомога, стаціонарна допомога, консультація батьків з питань догляду за дитиною у домашніх умовах). Аналіз клінічного стану дитини повинен починатися з цільової оцінки, що включає оцінку основних клінічних симптомів для вирішення питань надання невідкладної допомоги та/або негайної госпіталізації. В значній мірі ці питання допоможуть вирішити стандартизований підхід до ведення дитини: оцінка фізичного та нервово-психічного розвитку, вакцинального статусу, вигодовування, наявності супутньої патології та ін. Стандартизований підхід ведення пацієнтів значною мірою захищає від помилок лікаря, та, насамперед, дозволяє зберегти та підтримати здоров'я маленьких пацієнтів. Сімейний лікар мусить лікувати не захворювання у дитини, а дитину, яка хворіє. Важливою також є профілактична робота сімейного лікаря, яка спрямована на виявлення донозологічних станів, проведення диспансерного нагляду згідно прийнятих стандартів. Така робота допомагає не лише запобігти хронізації захворювань, але й знизити інвалідизацію дітей.

Підготовка сімейних лікарів згідно стандартів спостереження та лікування сучасної, апробованої в багатьох країнах системи інтегрованого ведення хвороб дитячого віку допоможе забезпечити своєчасне надання медичної допомоги маленьким пацієнтам на необхідному, кваліфікаційному рівні. Застосування інтегрованого ведення хвороб дитячого віку сприятиме зміщенню акценту в роботі сімейного лікаря з лікування захворювань на профілактику порушень здоров'я дітей.

Таким чином, інтегрований підхід до ведення хвороб дитячого віку повинен впроваджуватися в практику при підготовці сімейних лікарів.

Феджага І.В.

Застосування методів взаємоактивного навчання за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»

На сучасному етапі в період реорганізації вищої школи педагогіка вищої школи направлена на формування нової шкали цінностей, серед яких – індивідуалізація освіти, гуманізація та формування технологій, розрахованих на активізацію пізнавальної діяльності. Суспільству потрібні спеціалісти, які можуть самостійно приймати рішення, виконувати їх, брати відповідальність в складній професійній ситуації. Якість освіти визначається не тільки професійною компетентністю викладача, але й змістом навчальних програм і організацією самого навчального процесу. Тому важливим завданням викладача є створення такої форми навчання, що сприяє формуванню та розвитку особистісних якостей студента. Викладач може вибрати з великої кількості методів навчання найефективніші, щоб забезпечити розмаїття у подачі матеріалу та гарантувати, що учасники навчання не нудьгуватимуть. Досвідчений викладач може визначити, коли слухачі вже мають раніше одержані знання за темою курсу, та заохочує їхній внесок у процес навчання. Головна задача постановки питань – заохотити слухачів міркувати над досліджуваною темою.

Найбільш ефективними методиками є: а) ставити питання всій групі; б) адресувати питання визначеному слухачеві, назвавши його ім'я та по-батькові, перш ніж поставити питання; в) поставити питання і після паузи звернутися до конкретно обраного учасника. Ключем у постановці питань є необхідність уникати шаблонів. Розбір клінічних випадків дає можливість залучити всіх учасників у процес навчання, заохочує їхню взаємодію. Дискусії при цьому виявляють різні погляди на шляхи вирішення проблем, а участь у розборі сприяє розвитку навичок їх вирішення. Після того, як студенти завершили розбір випадку їм потрібно надати можливість висловити свої погляди на дану проблему. Уміння ефективно вирішувати проблеми базується на наступних кроках: проаналізувати можливі причини даної клінічної проблеми; визначити, яка потрібна додаткова інформація; сформулювати гіпотези можливих рішень; вибрати найбільш ефективне рішення; виконати прийняте рішення й оцінити його. При ознайомленні з новою клінічною навичкою можуть бути застосовані різні методи її демонстрації. Використовується показ слайдів чи відеоматеріалів, що подають усі етапи й їх послідовність відповідно до встановлених стандартів. Наступний етап – застосування анатомічних моделей, таких як навчальні муляжі для демонстрації практичних навичок.

Особливо важлива демонстрація клінічної процедури на пацієнтові. При цьому важливо виконувати всі етапи практичної навички згідно затверджених стандартів, включаючи демонстрацію неклінічних етапів, наприклад, проведення консультацій з пацієнтом перед процедурою та після неї. Дуже важливо, щоб викладач використовував тільки стандартний метод при демонстрації навички на пацієнтах.

Останнє десятиріччя в навчальному процесі використовується комп'ютерне тестування, дистанційне навчання, що розглядається як елементи інноваційної системи. Проте, на клінічних кафедрах пріоритет повинен віддаватися традиційним методам навчання, в основі яких лежить словесний контакт викладача та студента з обов'язковим виділенням часу для розгляду вузлових питань теми, що вивчається.

Отже, взаємоактивне навчання вимагає розробки плану навчання з використанням різноманітних навчальних прийомів і навичок таким чином, щоб отриманий після заняття досвід був прямо пов'язаний з професійними обов'язками лікаря, що буде сприяти формуванню висококваліфікованого спеціаліста.

Феджага О.П.

Вдосконалення підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина» на кафедрі хірургії медичного факультету №2

Вступ. На сьогоднішній день пріоритетним вважається підготовка лікарів за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина», що обумовлюється найбільшою затребуваністю цієї спеціальності, покладанням на неї широкого кола зобов'язань та відповідальності. Ця обставина диктує необхідність старанного та продуманого підбору навчального матеріалу, об'єму та переліку практичних навичок та вмінь, що стосуються хірургії, необхідних майбутньому сімейному лікарю.

Метою дослідження є визначення оптимального об'єму матеріалу, що вивчається, а також практичних навичок та вмінь, необхідних для опанування.

Матеріали і методи дослідження. Проведено докладне вивчення освітньо-кваліфікаційної характеристики зі спеціальності «хірургія», на підставі її детального аналізу окреслено необхідний об'єм теоретичної підготовки та перелік практичних навичок, необхідних для їх впевненого опанування майбутнім сімейним лікарем.

Результати. Обговорення. На підставі вивчення програми та освітньо-кваліфікаційної характеристики для удосконалення теоретичної підготовки було складено тематичні плани, методичні розробки, в яких наводиться необхідний мінімум теоретичних знань. При підготовці останнього акцент було зроблено на практичній значущості приведенного матеріалу, на вдосконаленні насамперед знань, що стосуються діагностики хірургічних захворювань, в першу чергу ургентної хірургічної патології. Також методичні розробки містять ситуаційні задачі другого та третього рівнів, рольові ігри, тестові завдання другого та, насамперед третього рівнів, які передбачають не лише перевірку наявності знань у лікаря-інтерна, але і його здатності застосовувати ці знання на практиці, у нестандартних ситуаціях. Відповіді на кожне з таких тестових завдань чи ситуаційних задач обов'язково супроводжуються поясненням правильних та неправильних відповідей. Окрім забезпечення вищого рівня знань, тобто вироблення здатності до їх

практичного застосування, широке використання тестового контролю дозволяє значно збільшити складову занять, яка присвячена опануванню практичних навичок, роботі біля ліжка пацієнта.

З метою більш систематичного, повного і якісного опанування практичних навичок було складено їх перелік з детальним покроковим описом кожної навички. Відпрацювання таких навичок проводиться регулярно під час всього курсу навчання як біля ліжка хворого, так і один на одному, а також в перев'язочних, маніпуляційній, з детальним розбором їх виконання, висвітленням та корекцією допущених помилок.

Фіщук О.О.

Роль обласного дитячого ендокринолога в підготовці сімейного лікаря

В умовах реформування охорони здоров'я на первинній ланці вирішальну роль відіграє сімейний лікар. А тому діагностика та лікування патології ендокринної системи у дітей залежить не від дитячих ендокринологів, а від сімейних лікарів.

Для покращення підготовки сімейних лікарів обласний дитячий ендокринолог повинен приймати активну участь в їх навчанні, розробити алгоритми діагностики найбільш поширеної патології ендокринної системи у дітей: патології щитоподібної залози, цукрового діабету, затримки росту та статевого розвитку, уніфікувати протоколи з дитячої ендокринології до специфіки сімейного лікаря. На факультеті удосконалення лікарів, повинні бути виділені години підготовки з актуальних проблем діагностики та лікування ендокринопатій у дітей, а найбільше оцінці фізичного і статевого розвитку дитини.

Для покращення роботи по наданню допомоги дітям з ендокринною патологією обласний дитячий ендокринолог щорічно проводить аналіз діяльності сімейних лікарів районів і міст та розробляє рекомендації, пропозиції по покращенню виявлення ендокринної патології у дітей.

Згідно плану роботи обласний фахівець робить виїзди в райони області, де консультує дітей, що направляють сімейні лікарі, проводить міжрайонні науково-практичні конференції для сімейних лікарів, щодо ранньої діагностики ендокринної патології у дітей, проводить виїзди по санітарній авіації, консультуючи та надаючи допомогу важким дітям.

Обласний дитячий ендокринолог працює над проблемами реабілітації дітей з ендокринною патологією, розробляючи покази та протипокази для сімейного лікаря по направленню дітей в мережу санаторно-курортних закладів.

Роль обласного дитячого ендокринолога також полягає в тому, щоб донести до сімейного лікаря та допомогти йому впровадити в практику нові сучасні методи діагностики та лікування дітей – через публікації науково-практичних статей, методичні рекомендації.

Таким чином, тільки разом із сімейними лікарями обласний дитячий ендокринолог зможе покращити виявлення та надання допомоги дітям з ендокринною патологією в умовах реформування медичної галузі.

Фоміна Н. С.

Особливості підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології

Інтеграція України в Європейський світовий простір передбачає і зміну навчального процесу. Реформування вищої медичної освіти почалося з 2005 року після впровадження Україною Болонського процесу. Приєднання української системи освіти до Європейського освітянського простору потребує уніфікованих вимог, критеріїв, стандартів освіти. Вивчення теоретичних, фундаментальних дисциплін опирається на компетентність викладача, наявність навчально-методичних матеріалів, що є достатньою передумовою якісної освіти. Відповідно до концепції реорганізації системи охорони здоров'я в Україні, основною ланкою залишається медико-санітарна допомога. Вінниччина потрапила до областей щодо реалізації пілотного проекту реорганізації медичної допомоги в Україні, яким передбачено впровадження сімейної медицини, як основної ланки надання медичної допомоги. На сьогодні сімейна медицина розглядається як клінічна дисципліна, яка основана на широкому спектрі медичних знань. У зв'язку з цим кожна кафедра нашого ВУЗУ виконує завдання практичної підготовки студентів та їх адаптації до роботи в нових умовах.

Викладання мікробіології для студентів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» передбачає використання новітніх методологій для адаптації студентів вже на додипломному рівні до функціонування первинної медико-санітарної допомоги. Основою педагогічної стратегії є проблемно-орієнтоване навчання. Підготовка сімейного лікаря вимагає досягнення та закріплення у студентів належного системного рівня знань про діагностичні алгоритми інфекційних захворювань. Ці завдання вирішують шляхом систематичного вивчення необхідного обсягу досліджень при різних інфекційних захворювань. Акцентується увага на правильності взяття матеріалу для дослідження, термінах доставки в лабораторію, сучасних методах бактеріологічних досліджень.

Знання основ мікробіологічних досліджень дозволить сімейному лікарю в короткі терміни встановити діагноз захворювання, вибрати правильний алгоритм лікування. Особливо важливо це, коли мова йде про доцільність застосування антибіотикотерапії. Зазвичай, антибактеріальну терапії призначають без виділення патогенного збудника, без врахування чутливості виділених штамів. Широке призначення протибактеріальних препаратів проводять при гострих вірусних інфекціях, за відсутності показів.

Результатом вищевказаних дій лікарів є формування резистентних штамів мікроорганізмів до антибіотиків, антисептиків збудників госпітальних інфекцій. Важливим залишається донесення теоретичних знань з мікробіології, уміння правильно використовувати отримані знання в майбутній практиці сімейного лікаря. Такий підхід до навчального процесу дозволяє започаткувати формування у кожного студента клінічного мислення, що сприяє формуванню висококваліфікованих лікарів.

Фуніков А. В., Хіміч С. Д., Превар А. П., Тихолаз В. О.

Підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року.

Підготовка кваліфікованого випускника - майбутнє професіоналізму сімейного лікаря.

За результатами досліджень Світового Банку 1/3 частина українців помирає передчасно - у віці до 65 років, кожен третій українець має високий артеріальний тиск, 82 % населення помирає від неінфекційних хронічних хвороб. В нашій країні спостерігається надмірне вживання алкоголю, починаючи з 12 років та сягаючи свого максимуму у віці 40-49 років. Майже половина смертей до 75 років можна було б попередити за допомогою профілактики і лікування. Але чи можливо це, якщо 20,5 % сімей не змогли її отримати через дороговартість.. Банальна статистика – ми вмираємо. Тому альтернативи реформуванню сучасної системи охорони здоров'я немає. Тому формування наблизених до місця проживання людей закладів, в яких первинна медична допомога всім членам сім'ї буде надаватися сімейним лікарем – є основою структурної перебудови медичної служби. Лікар загальної практики буде також визначати оптимальний маршрут для пацієнтів, потребуючих спеціалізованої допомоги, і виступати в якості представників їх медичних інтересів. Це дасть змогу зменшити затрати населення і покращити результати лікування. Ось чому кінцевим результатом багаторічної праці викладачів вузу є випуск діючого лікаря, а не його моделі. Всі існуючі програми і методичні вказівки до практичних занять направлені на це. З кожним роком вимоги до підготовки спеціаліста високої кваліфікації зростають. Останнім часом через скорочення медичних закладів та зростання конкуренції, керівники лікарень бажають мати кваліфікованих спеціалістів і зовсім не бажають мати вчорашнього студента.. Такі життєві корективи сьогодення ставлять випускника після виходу його з Alma Mater в дуже жорсткі умови. Тому не дивно, що деякі вчорашні випускники сьогодні, на жаль, покидають медичну сферу не зумівши вийти на її орбіту. Враховуючи все це, першочерговим завданням колективу кожної кафедри є необхідність освоєння студентами певного об'єму конкретних практичних навичок. Обов'язковим при цьому є інтегрування предметів при їх вивченні.

Вже на першому курсі, вивчаючи фізіотерапевтичну апаратуру на кафедрі фізики, чи методику визначення біохімічного показника на кафедрі біохімії, студент повинен вміти відпустити фіз. процедуру, чи визначити цей показник. Починаючи з II курсу вивчення клінічних дисциплін він буде більш свідомо зі знанням справи ставитися до нового предмету. Адже на практиці, на кожному кроці студент бачитиме поєднання знань і вмінь всіх предметів, які він вчив і вчить, а це - основа майстерності лікаря загальної практики.

Однак виконання сьогодні на клінічних базах різного об'єму маніпуляцій та навичок зустрічає чимало труднощів. За останні роки ліжко – фонд в кожній лікарні скоротився на 25% і продовжує скорочуватись. Відповідно зменшується кількість хворих, оперативних втручань та

різних маніпуляцій. В той же час кількість студентів в групах зросла від 9-10 до 10-14. Через вихідні в суботу в клініках збільшилась кількість IV пар. Все це створює певні труднощі для освоєння студентами конкретних практичних навичок згідно програми. В результаті навіть на V курсі ми бачимо, що студент при зустрічі з хворим губиться і стає невпевненим. Це діє на психіку хворого, і навіть незначну по об'єму маніпуляцію він не дозволяє студенту зробити. Тільки після втручання викладача і під його контролем студент виконує поставлене завдання. Однак, пам'ятаючи слова великого Гете "теорія, мій друже, сіра, а дерево життя золоте", ми повинні домогтися не лише високої теоретичної, а й якісної практичної підготовки студента. Важливим доповненням в цьому є науковий студентський гурток. Тому, щоб розширити кругозір з актуальних питань практичної медицини, використати свої теоретичні знання на практиці і досконало ними оволодіти, гурток цей повинен бути клінічним. Ще однією з можливостей краще підготувати студентів до практичної роботи раніше була їх праця в лікарняних закладах. Сьогодні таку можливість мають одиниці.

Через те дуже важливу роль в покращенні практичної підготовки майбутніх спеціалістів грає літня виробнича практика. Як би не старався викладач максимально наситити практичне заняття самостійною роботою студентів, він обмежений часом. Вивчити хворого в цілому, з моменту його поступлення в клініку, розвинути спостережливість та клінічне мислення, довести виконання навичок до репродуктивного рівня, можна при щоденному перебуванні у відділенні. Відомо, що інколи 80 % успіху в лікуванні хворого залежить від професійного догляду за ним. Тому дивує факт звільнення студентів II курсу, що закінчили медичне училище, від виробничої практики з догляду за хворими. При організації літньої виробничої практики необхідно добиватися від базових керівників створення умов для реального, а не формального оволодіння практичними навичками, передбаченими програмою. Для підвищення значення виробничої практики в екзаменаційну характеристику студента введено одержану за неї оцінку. Все це дасть змогу реалізувати високий рівень теоретичних знань в практичне вміння, що в кінцевому результаті трансформується у кваліфікованого випускника, а значить, професіонала сімейної медицини.

Наша країна дуже багата, але люди в ній бідні, і навряд чи зможемо ми найближчим часом розраховувати на "американську зарплатню". Однак професіоналізм - це теж багатство. Тому держава в процесі здійснення реформ повинна створити такі умови для інтенсивно і якісно працюючих лікарів, щоб вони не покидали медичну галузь, не виїжджали з країни у пошуках кращої долі. Інакше скоро нікому буде лікувати українців.

Чайка Г.В., Мазорчук Б.Ф., Дністрянська А.П.

Охорона здоров'я жінки та репродуктивне здоров'я в підготовці лікарів за спеціальністю « Загальна практика- сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми», затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року

Організація якісної первинної медико-санітарної допомоги на етапі реформування медицини як в пілотних, так і не пілотних регіонах України, вимагає не тільки змін в роботі лікарів загальної практики - сімейної медицини, але і якісних змін в підготовці лікарів у Вищих медичних навчальних закладах України.

З урахуванням необхідності розширити знання майбутнього лікаря загальної практики - сімейної медицини з питань охорони здоров'я жінки та збереження репродуктивного здоров'я в «Наскрізній програмі», затвердженій Міністерством охорони здоров'я України 6 квітня 2011 року, суттєву увагу приділено питанням діагностики та спостереження за фізіологічним перебігом вагітності, умінню лікарем оцінити акушерські та перинатальні ризики, спостереженню за жінками в післяпологовому періоді. Значне місце відведено засвоєнню алгоритмів надання невідкладної допомоги при пізніх гестозах, зокрема, еклампсії, «гострому животі», акушерських кровотечах, геморагічному та септичному шокові. На кафедрах акушерства та гінекології, де навчаються в інтернатурі та проходять перепідготовку лікарі загальної практики - сімейної медицини, особливо ретельно увага приділяється діагностиці невідкладних станів в акушерстві, послідовності дій лікаря та необхідному об'єму лікувальних заходів. Навчання проводиться з використанням як тестів, задач, так і розбором клінічних випадків та опрацюванням практичних навиків на фантомах та в клініці.

Також значна увага приділяється діагностиці та лікуванню екстрагенітальної патології у вагітних: первинній та вторинній профілактиці ускладнень перебігу вагітності та таких грізних екстрагенітальних захворювань, як набряк легень на тлі серцево-судинної патології, тромбоемболії у хворих з ревматизмом, розвитку коматозних станів у хворих з цукровим діабетом.

Значна увага приділяється проблемам перебігу вагітності у жінок з туберкульозом та ВІЛ- інфекцією, що є не лише медичною, але й значною соціальною проблемою, особливо акцентуються питання профілактики передачі ВІЛ- інфекції новонародженим.

Не менш важливими є і питання збереження репродуктивного здоров'я. На профілактику онкогінекологічних захворювань направлено скринінгове обстеження жінок з цитологічним дослідженням. На кафедрі навчають майбутніх лікарів загальної практики - сімейної медицини техніці взяття цитологічних мазків з шийки матки, огляду молочних залоз.

Вивчаються також проблеми діагностики та лікування дисфункціональних маткових кровотеч, запальних захворювань та пухлин жіночих статевих органів, медична та соціальна реабілітація після хіміотерапії та паліативна терапія.

Важливим аспектом роботи лікаря загальної практики - сімейної медицини є допомога пацієнтам в плануванні сім'ї.

Таким чином, підготовка лікарів за спеціальністю « Загальна практика - сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми», затвердженій Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року дозволить сформувати кваліфікованого лікаря, здатного надавати своєчасну і адекватну допомогу хворим, профілакувати розвиток акушерської та гінекологічної патології.

Черв'як М.М., Штатко О.І., Шунков В.С., Островський В.А.,
Паламарчук І.В., Ольховський О.С.

Значення біоорганічної та біологічної хімії в підготовці англомовних лікарів за спеціальністю “Загальна практика-сімейна медицина”

В умовах кординальної перебудови медичної галузі та створенні сімейної медицини, підготовка сімейних лікарів має величезне значення. Біоорганічна та біологічна хімія, як фундаментальні дисципліни повинні зайняти чільне місце в навчанні таких спеціалістів.

На кафедрі біологічної та загальної хімії є всі умови для навчання. Для студентів підготовлені лекції з біоорганічної та біологічної хімії в необхідній кількості в друкованому і електронному варіантах. Кожна лекція має певний клінічний аспект, який обговорюється і акцентується викладачем. На кафедрі підготовлені навчальні завдання та набір тестів до кожного заняття в друкованому і електронному вигляді. Ми використовуємо також крокові тести, які відіграють певне значення, як матеріал для успішного написання кроків, так і в системі підготовки сімейного лікаря. Сайт університету містить повну інформацію з біоорганічної та біологічної хімії, що допомагає студентам оволодіти необхідними знаннями з дисциплін.

Але підготовка англомовних студентів у вказаному напрямку має свою специфічність. Перш за все біоорганічна і біологічна хімія викладаються на першому та другому курсах, тобто студенти одночасно проходять адаптацію в нові умови, що звичайно необхідно враховувати. Нерідко наші англомовні студенти не мають достатнього рівня знань, як з базової дисципліни — хімії, так і з мови. Саме це накладає відповідну специфіку у викладання предметів. На перших заняттях студент отримує електронний варіант навчального матеріалу та необхідні друковані посібники, які включають: “Systematic course. Lecture material” Part 1,2; “Problems and exercises in Medical chemistry” Part 1,2; “Systematic course. Practical lessons” Part 1,2; “Control tests” Part 1,2; “Bank tests of module ” Part 1,2; “Test questions to prepare module”.

Саме це допомагає студентам успішно оволодіти навчальним матеріалом і бути готовими опанувати клінічні дисципліни, без яких не можливе становлення клінічного мислення сімейного лікаря.

Черв'як М.М., Штатко О.І., Шунков В.С.

“Значення клінічної біохімії в підготовці англомовних лікарів за спеціальністю загальна практика — у відповідності до “Наскрісної програми” затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року”

В підготовці сімейного лікаря неможливо обійтися без такої дисципліни, як клінічна біохімія.

В новітніх умовах знання з клінічної біохімії є необхідною основою для формування клінічного мислення терапевта. На кафедрі біологічної та загальної хімії створені всі умови для навчання клінічних ординаторів

постдипломної підготовки англійською мовою. Програми підготовки включає 40 годин, поділених таким чином: 30 годин відводиться лекціям та 10 годин — практичним заняттям. Ми внесли в лекційний матеріал найцікавіші і актуальніші теми, які охоплюють питання сучасної терапії:

“Electrolytes and Acid-Base Balance”

“Interferences in Laboratory Testing”

“Laboratory Diagnosis of Cardiac Disease”

“Laboratory Diagnosis of Dyslipidemia”

“Laboratory Diagnosis of Liver Disease”

“Laboratory Diagnosis of Approach to Patients with Cholestatic Jaundice”

“Laboratory Diagnosis of Renal Disease”

“Laboratory Diagnosis of Gastrointestinal Disease”

“Laboratory Diagnosis of Pancreatic Disease ”

“Connective Tissue”

“Biochemistry of inflammation”

“Vitamins”

“The possible reasons and mechanisms of development of medicinal hepatotoxicity, the acute medicinal hepatitis ”

“Clinical Laboratory Statistics ”

Лекції охоплюють новітні лабораторні дослідження біологічних рідин хворих серцево-судинною патологією, печінки, нирок, шлунково-кишкового тракту.

Крім того ми обов'язково читаємо одну лекцію з клінічної та лабораторної статистики та гепатотоксичності. Всі лекції мають друкований і електронний варіанти.

На практичні заняття винесена сучасна лабораторна діагностика, яка використовується в клінічній практиці, і знання якої необхідне для формування клінічно мислення сімейного лікаря.

Черешнюк Г. С., Черешнюк Л. В.

Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини в Україні на сучасному етапі

На сьогодні в Україні набирає темпів адаптація галузі охорони здоров'я до надання медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, якій відведена провідна роль у медичному обслуговуванні населення.

У зв'язку з тим, що у медичних працівників та населення відсутнє чітке уявлення про надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), ми поставили за мету детально висвітлити це питання на підставі вивчення та аналізу наукових джерел, Постанов уряду та наказів МОЗ України, особистого досвіду по організації сімейної медицини, в тому числі, роботи за кордоном та інші матеріали.

Нами вивчені такі питання:

1. Чому в Україні впроваджується сімейна медицина?
2. Визначення понять «лікар загальної практики – сімейний лікар».
3. Хронологія впровадження сімейної медицини в Україні.
4. Нормативно – правова база загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ).
5. Порівняння реформ в охороні здоров'я серед країн з перехідною економікою.
6. Доцільність переходу від дільнично-територіального принципу надання медичної допомоги до ЗП-СМ.
7. Принципи сімейного обслуговування населення.
8. Облікова документація.
9. Основні функції та зміст роботи сімейного лікаря.
10. Особливості спілкування сімейного лікаря з родиною.

Всі ці питання висвітлені у посібнику авторів «Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини».

Окрім цього, перше заняття студентів та інтернів ми починаємо з ознайомлення їх із «Наскрізною програмою», яка затверджена МОЗ України 6.04.2011 р. Вивчаємо базовий рівень знань стосовно оволодіння ними практичних навичок висвітлених в програмі.

Впродовж циклу студенти та інтерни самостійно проводять оцінку своїх знань і умінь по практичним навичкам, а викладач у вигляді ділової гри і тестів дає можливість показати наскільки ними засвоєний матеріал. В кінці циклу з допомогою викладача остаточно оцінюється рівень підготовки і згідно «Наскрізної програми» їм виставляються відповідні оцінки: (+++) – це «5», (++) – це «4», (+) – це «3».

Висновки:

1. Таким чином, «Наскрізна програма» дає можливість не лише детально повторити пройдений матеріал по практичним навичкам, а в кінцевому результаті засвоїти його і вміти застосувати набуті знання на практиці.
2. Інформація подана авторами в посібнику є особливо актуальна в сучасних умовах реформування медичної галузі в Україні та буде корисною фахівцям охорони здоров'я різних спеціальностей і в першу чергу лікарям загальної практики – сімейної медицини.

Чернобровий В.М., Мелащенко С.Г.

Інтеграція роботи кафедри внутрішньої та сімейної медицини, суміжних кафедр, методичної ради післядипломної освіти щодо оволодіння лікарями-інтернами ЗП-СМ практичних навичок та методик згідно «Наскрізної програми»

Кінцевою основною метою «Наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками ...» є формування вмінь у майбутнього лікаря, які б дозволили йому без перешкод працювати в діагностично-лікувальних

структурах ЗП-СМ, зокрема в лікарських амбулаторіях сімейної медицини та центрах ПМСД. Серед структурних змін у наданні медичної допомоги в Україні, первинна медико-санітарна допомога є пріоритетною. Без удосконалення якості підготовки на всіх етапах становлення лікаря загальної практики та відповідної його мотивації неможливо здійснити реформування галузі.

Впровадження «Наскрізної програми ...» в план підготовки інтернів спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» (ЗП-СМ) університету вимагало здійснення низки організаційно-методичних заходів. Пов'язано це було, по-перше, з помітною невідповідністю переліку практичних навичок, регламентованих «Типовим навчальним планом і програмою спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації з фаху „ЗП-СМ”» 2006 року, та нового переліку з «Наскрізної програми...». Методичною радою післядипломної освіти університету впродовж 2011-2012 навчального року неодноразово проводилось обговорення питань імплементації програми в навчальну роботу кафедр. Зокрема розглядались відповідні пункти переліку на суміжних кафедрах з подальшим виступом завідувачів кафедр на засіданні методичної ради.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини є базовою в навчанні лікарів-інтернів. На ній було розроблено форму обліку засвоєння практичних навичок, уніфіковану для решти дисциплін. Передбачено систему поточного та кінцевого контролю. Поточний контроль полягає в тому, що викладачам базової та суміжних кафедр необхідно по завершенню циклу оцінити ступінь засвоєння навички за наступною шкалою: + - може викласти послідовність дій при здійсненні навичок (власноруч та як асистент дану навичку не виконував); ++ - може викласти послідовність дій при здійсненні навичок (виконував дану навичку як асистент лікаря-наставника); +++ - навичка виконувалась власноруч і може бути відтворена. Оцінка виставляється в спеціальний розділ індивідуального плану і оформлюється у вигляді таблиці, де окрім колонки для оцінок на очному циклі, наявна паралельна оцінка засвоєння на базах заочного циклу. Кінцевий контроль на проміжній та заключній атестаціях здійснюється у вигляді додаткового питання в межах цих заходів, перевірки стану щоденника інтерна та індивідуальних планів.

Суміжні кафедри в цілому готові до впровадження програми. В цілому є достатня кількість пацієнтів для оволодіння практичними навичками. Проте, базування кафедр не завжди дозволяє охопити всі пункти переліку «Наскрізної програми...», внаслідок специфіки контингенту хворих. Наприклад, проблему складають практичні навички інтенсивної терапії в малюковому віці, які стосуються ускладненого перебігу деяких інфекційних хвороб (ендотоксикоз, гіпертермічні реакції, наднирникова недостатність) і т.ін. Методичною радою було узгоджено засвоєння цих навичок на кафедрі дитячих інфекційних хвороб. Достатньо широкий діапазон маніпуляцій може бути опанований інтернами під час курсу онкології, при цьому є такі, які не можуть бути реалізовані на циклах хірургії або внутрішньої медицини (пункції черевної та грудної порожнин). Прикладів такої інтеграції є доволі багато. Нововведення

«Наскрісної програми ...», запропоновано відобразити у методичних розробках до практичних занять. Досвід кафедри акушерства та гінекології №1 по створенню друкованих стандартів виконання практичних навичок для лікаря ЗП-СМ (оперативних інструкцій), необхідно поширити на інші дисципліни.

Основні рекомендації методичної ради можуть бути сформульовані наступним чином:

- опанування навичками повинно бути пріоритетним розділом на суміжних циклах;
- в практичній підготовці лікарів-інтернів ЗП-СМ потрібно мати достатню кількість сучасних діагностичних приладів, які входять в міжнародний стандарт оснащення набору (сумки) сімейного лікаря (отоскопи, офтальмоскопи, кольпоскопи і т.ін.)
- в умовах пілотного реформування охорони здоров'я у Вінницькій області та перекваліфікації дільничних терапевтів (педіатрів) у лікарів ЗП-СМ, навчання лікарів-інтернів ЗП-СМ є нагальна потреба створення на базі університету тренінг-центру з оволодіння мануальними навичками, необхідними в роботі лікаря ПМСД.

Ющенко Т.І., Слюсар О.А.

Сімейна медицина – проблеми та перспективи на майбутнє

Погіршення стану здоров'я населення, високі показники смертності осіб працездатного віку, зменшення середньої тривалості життя, нерівність у доступності медичної допомоги призводять до об'єктивного збільшення потреби у медичній допомозі, яку існуюча система охорони здоров'я України задовольнити не в змозі. На жаль, сьогодні не застосовуються принципи комплексності та наступності у наданні медичної допомоги, не приділяється достатня увага профілактиці захворювань та диспансеризації населення. Це призводить до несвоєчасного виявлення хвороб та їх ускладнень, а отже, до збільшення потреби населення у спеціалізованій та високоспеціалізованій медичній допомозі.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, підготовленими на основі кращого світового досвіду, лише розвиток первинної медичної санітарної допомоги на засадах сімейної медицини дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації, досягнути справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів. На сучасному етапі розвитку в жодній країні світу не створено ідеальної системи охорони здоров'я, водночас, сімейна медицина визнана такою системою, яка здатна найповніше задовольнити потреби населення у медичній допомозі та є економічно доцільною для держави. А сімейного лікаря визнано таким спеціалістом медичної галузі, який здатен найповніше впливати на стан здоров'я населення.

Розуміння необхідності реформування в галузі охорони здоров'я визначило основний напрям державної політики у сфері державного управління охороною здоров'я: перехід на сімейну медицину.

Але впровадження загальної лікарської практики – сімейної медицини стримується відсутністю чіткої структуризації медичної допомоги, недостатністю ресурсів і недосконалістю системи професійної підготовки кадрів, неповним відпрацюванням правової і фінансової бази, інформаційної підтримки, а також механізмів взаємодії загальної лікарської практики зі службами охорони здоров'я, соціального захисту.

Проблемним виглядає питання спроможності сімейної медицини у вирішенні поставлених завдань, адже основними принципами її повинно бути:

- безперервність медичної допомоги від моменту зачаття до смерті;
- профілактика захворювання, що набагато дешевше і простіше, ніж лікування;
- багатопрофільність наданої допомоги хворому;
- готовність сімейного лікаря мати справу з любим проявом різного виду захворювання у пацієнтів будь-якого віку і статі;
- орієнтація на сім'ю (сімейна медицина вирішує проблеми індивідів у контексті їхніх сімейних обставин, соціальної і культурної мережі, а також умов, у яких вони живуть і працюють);
- орієнтація на громаду (передбачає участь сімейного лікаря у вирішенні питань громадського здоров'я: проблеми пацієнта повинні розглядатися крізь призму його життя в спільноті).

Сімейні лікарі повинні бути готові працювати з іншими працівниками лікарень, центрів здоров'я, соціальних служб, делегуючи їм за необхідності піклування про своїх пацієнтів з відповідною повагою до компетентності інших фахівців. Сімейному лікарю необхідний простий і ефективний помічник у повсякденній інтелектуальній роботі, який володіє сучасною медичною інформацією та може бути корисним навіть біля ліжка хворого. Прототип такого спеціаліста – клінічний провізор, який є сполучною ланкою між лікарем, провізором і пацієнтом. Клінічні провізори, які маючи знання з клінічної фармації, фармацевтичної опіки, технології ліків, фармацевтичної і медичної хімії, фармакогнозії, біотехнології, біофармації та ін., більше підготовлені до спілкування як з лікарем, так і з пацієнтом і можуть взяти активну участь в добре функціонуючій міждисциплінарній команді, основним завданням якої є збереження громадського здоров'я.

Яблонь О.С., Пахнюща Н.М., Кулик Я.М., Каблукова О.К., Гумінська Г.С.,
Катілов О.В., Саврун Т.І.

Підготовка сімейних лікарів з педіатрії – вагома складова реформування медичної галузі

Оцінка діяльності системи охорони здоров'я здійснюється за рейтинговими показниками, головними з яких є показники перинатальної і малюкової смертності. Кінцевою метою реформування медичної галузі, що

проводиться в Україні, якраз і є покращення цих показників. А це, в свою чергу, визначається суттю самої реформи – організація доступної кваліфікованої первинної медичної допомоги, максимально наближеної до пацієнта. Підготовка сімейних лікарів з педіатрії на кафедрі педіатрії №1 проводиться у відповідності до навчальної програми і навчальних планів циклу спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» відповідно для лікарів-педіатрів дільничних і лікарів-терапевтів дільничних за очно-заочною формою навчання. Проводячи цю роботу другий рік поспіль, кафедра у своїй діяльності керується «Наскрізною програмою», затвердженою МОЗ України від 6 квітня 2011 року. Програма передбачає диференційоване оволодіння студентами різних курсів і лікарями-інтернами практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». В той же час конкретизовано перелік практичних навичок та вмінь з різним ступенем оволодіння для сімейних лікарів на курсах спеціалізації, цикл «Охорона здоров'я дітей». Враховуючи, що на кафедрі проводиться викладання педіатрії студентам різних курсів (крім шостого курсу), а також післядипломна підготовка лікарів, ми маємо можливість бути учасниками практично безперервного процесу навчання і удосконалення майстерності майбутнього лікаря, використовуючи «Наскрізну програму».

З січня 2012 року на кафедрі підготовлено близько 100 лікарів загальної практики сімейної медицини. Підготовка включає читання лекцій з актуальних проблем педіатрії, проведення практичних і семінарських занять. Лікарі також приймають участь у обходах хворих професорами, доцентами; клінічних розборах. Враховуючи специфіку роботи сімейного лікаря з надання медичної допомоги дитячому населенню, особлива увага приділяється питанням догляду і вигодовування новонароджених і дітей раннього віку, сучасним підходам до оцінки фізичного і психомоторного розвитку, імунізації, діагностиці і протокольному лікуванню, профілактиці захворювань дитячого віку, а також наданню невідкладної медичної допомоги дітям.

Безумовно, у цій роботі є певні труднощі, оскільки оволодіти за короткий час таким великим обсягом знань та умінь складно. Проте є взаємне бажання і лікарів, і викладачів кафедри педіатрії №1 максимально продуктивно використати відведений час. Покращити якість практичної підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика - сімейна медицина» допомагає використання «Наскрізної програми» ще на етапі додипломної освіти.

Яковлева О.О., Півторак К.В., Вознюк Л.А.

Мотивація студентів - ефективний спосіб поліпшити процес і результат навчання

В навчанні велике значення має мотивація. Мотивація – це та рушійна сила, яка змушує досягати поставленої мети. У процесі навчання це здобуття нових знань, професійне удосконалення. Навчальний процес відносять до

складних видів діяльності. Мотивів для навчання багато і вони можуть не тільки виявлятися окремо в кожній людині, але і зливатися в єдине, формуючи складні мотиваційні системи. Мотивація студентів є одним з найбільш ефективних способів поліпшити процес навчання. Мотивація до навчання досить непростий і неоднозначний процес зміни відносин особистості як до окремого предмету вивчення, так і до всього навчального процесу.

Причини, які стимулюють людину і спонукають її до активної діяльності, можуть бути самими різними.

За спрямованістю та змістом виділяють наступні види мотивацій:

- Соціальні мотиви;
- Пізнавальні мотиви;
- Професійно-ціннісні мотиви;
- Естетичні мотиви;
- Комунікативні мотиви;
- Статусно-позиційні мотиви;
- Традиційно-історичні мотиви;
- Утилітарно-практичні мотиви;
- Навчально-пізнавальні мотиви;
- Неусвідомлені мотиви.

Більшості студентів характерне злиття кількох мотивацій в різних варіаціях. Наприклад, отримання необхідних знань за фахом для того, щоб в майбутньому по закінченню навчального закладу влаштуватися на престижне робоче місце. Або отримання свідоцтва про освіту для розширення можливостей влаштуватися на роботу. Також у молоді людини може бути і неусвідомлена мотивація, тобто отримання освіти не за власним бажанням, а за чийось впливом.

На підставі існуючих мотивацій можна розглянути способи підвищення мотивації студентів, які використовуються на кафедрі клінічної фармації та клінічної фармакології:

Розширювати функціональні обов'язки студентів, тобто давати студентам можливість проявити себе. Студенти мотивуються до виконання рефератів, повідомлень на засіданнях наукового гуртка, проведення досліджень та доповідей результатів на студентській конференції, написання курсової роботи та захист її на державному іспиті.

В цілях морального стимулювання праці студентів публічно відзначати успіхи студентів, зокрема нагороджувати студентів, які посіли призові місця на олімпіаді привселюдно – на лекції.

Впровадження рейтингової системи оцінки студентів - це також ефективний засіб підвищення мотивації навчальної діяльності студентів, рівня їх самостійності.

Оскільки обов'язковою умовою зацікавленою і результативною роботи студентів є позитивний настрій в системі відносин педагог - студент, викладачі кафедри клінічної фармації та клінічної фармакології прагнуть в своїй роботі до створення й підтримки сприятливого емоційного клімату навчання, довірчої обстановки, і взаємної поваги.

Основним завданням навчального закладу є стимулювання інтересів до навчання таким чином, щоб метою студентів стало не просто отримання диплома, а диплома, який підкріплений міцними і стабільними знаннями. Мотивація студентів - це один з найбільш ефективних способів поліпшити процес і результати навчання, а мотиви є рушійними силами процесу навчання і засвоєння матеріалу.

З М І С Т

стор.

Мороз В.М., Гумінський Ю.Й., Фоміна Л.В., Полєся Т. Л
**ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В
КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ВНМУ ІМЕНІ М.І.
ПИРОГОВА 3**

Антонець В.А.
**ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ
ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ № 1..... 7**

Бабійчук Н.Ф., Ковальчук В.В., Ромашкіна О.А.
**ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ КОНКУРС СТУДЕНСЬКИХ НАУКОВИХ РОБІТ З
ПРИРОДНИЧИХ, ТЕХНІЧНИХ І ГУМАНІТАРНИХ НАУК ЯК СПОСІБ
ФОРМУВАННЯ ТВОРЧОГО ПОКОЛІННЯ МОЛОДИХ НАУКОВЦІВ..... 8**

Байгузіна І.Ч., Демченко М.І., Кондратюк А.І., Кривоніс Т.Г.
**ВИВЧЕННЯ ЦИКЛУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН, ЯК ОСНОВА
ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНИХ ОСОБИСТІСНИХ
ЯКОСТЕЙ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ..... 10**

Башинський Г.П., Башинська О.І.
**ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ УЧБОВОГО ПРОЦЕСУ ПРИ
ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ..... 11**

Беднарчик Т.Р.
**ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ТЕМАТИЦІ ФІЛОСОФСЬКИХ
ДИСЦИПЛІН УНІВЕРСИТЕТУ..... 13**

Бондар С.А., Луцюк М.Б., Гармаш Л.Л., Наліжитий А.А.,
Качула С.О., Пічкур О.М.
**ЕФЕРЕНТНА ТЕРАПІЯ ШКІРНИХ ХВОРОБ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ..... 14**

Бондар С.А., Гармаш Л.Л., Псюк С.К., Пархоменко І.Л., Бельц С.Е.
**ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ТА
МЕТОДИК З ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У
ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ..... 15**

Бондарчук С.В.

**ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ПРИ ОЦІНЦІ
КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ, ВИКОНАНОГО НА СУЧАСНОМУ
ГЕМАНАЛІЗАТОРІ.....16**

Бондарчук С.В.
**ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ З ЗАСТОСУВАННЯМ
ЕФЕРЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ (ЕНТЕРОСОРБЦІЇ).....18**

Вергелес К.М.
**ПРОБЛЕМИ ВАЛЕОЛОГІЇ В ЖИТТІ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА:
ЗАСТОСУВАННЯ В ЗАГАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....20**

Вергелес К.М.
**ВПЛИВ ДУХОВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ НА ОСНОВІ ДОСЛІДЖЕНЬ
ЛІКАРЯ ГАРОЛЬДА КЕНІГА, ЯК ПРИКЛАД РОБОТИ ДЛЯ ЛІКАРІВ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....21**

Вернигородский В.С., Власенко М.В., Паламарчук А.В., Фищук О.А.
**ОБЩАЯ ПРАКТИКА – СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА ПО ВОПРОСАМ
КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ.....23**

Вільцанюк О.О., Степанюк А.Г., Ткаченко О.В.
**ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА – СУЧАСНА МОДЕЛЬ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.....24**

Власенко М.В., Паламарчук А.В.
**РОЛЬ ТА ПІДГОТОВКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНИХ
ПРОГРАМ З ЕНДОКРИНОЛОГІЇ.....26**

Власенко М.В., Сокур С.О.
**ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ З КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (ЕНДОКРИНОЛОГІЇ) В
МЕЖАХ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЛАНКИ.....27**

Гаврилюк А.О., Борейко М.Р., Рауцкієне В.Т.
**РОЛЬ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ В ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ
ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....28**

Гармаш Л.Л., Бондар С.А., Псюк С.К., Бельц С. Є
**ОПТИМІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТУ « ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА
ВЕНЕРОЛОГІЯ» ЛІКАРЯМ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ « ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА -
СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».....29**

Горпинюк О.П., Гайдаєнко О.Ф.
**СТАНОВЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ
МАЙБУТНЬОГО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....30**

Денека М.Т.
**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИХ ЯКОСТЕЙ
У ПІЗНАВАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ.....32**

Дудік О.П., Драчук Н.В.
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИБОРУ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ

ПОРОЖНИНИ РОТА ПАЦІЄНТАМ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	33
Дудікова Л.В.	
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».....	34
Дудник В.М., Андрікевич І.І.	
ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧОЇ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ВІДПОВІДНО ТИПОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ДИСЦИПЛІНИ « ПЕДІАТРІЯ».....	35
Дудник В.М., Мантак Г.І., Андрікевич І.І.	
ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМ 6 КУРСУ З АНГЛОМОВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ.....	37
Дудник В.М., Сінчук Н.І.	
МІСЦЕ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ.....	38
Зайцева К.А., Жученко П.С.	
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРИКЛАДІВ НАЛЕЖНОЇ ПРАКТИКИ ТА ПЕРЕДОВОГО ДОСВІДУ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ: КРОС-КУЛЬТУРНИЙ І ТРАНСКУЛЬТУРНИЙ ПІДХІД.....	39
Заїчко Н.В., Луцюк М.Б, Йолтухівський М.М.	
НАЯВНІСТЬ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ – ВАЖЛИВИЙ СИГНАЛ ДЛЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	40
Заїчко Н.В., Тертишна О.В., Мельник А.В.	
РОЛЬ ДИСЦИПЛІНИ «БІОЛОГІЧНА ТА БІООРГАНІЧНА ХІМІЯ» У ФОРМУВАННІ СВІТОГЛЯДУ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....	42
Істошин В.М. , Качула С.О., Ладутько С.В., Юрченко П.О.	
ПРО РОЗШИРЕННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ З КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДЛЯ ПОДАЛЬШОЇ РОБОТИ НА ПОСАДАХ ЛІКАРІВ «ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО ПРОЕКТУ «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ.....	43
Йолтухівський М.В., Омельченко О.Д., Гусакова І.В., Белік Н.В., Коновалов С.В.	
НОРМАЛЬНА ФІЗІОЛОГІЯ В КОНТЕКСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ (ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ).....	45
Йолтухівський М.В., Борейко Т.І., Дацишин П.Т., Шаповал О.М., Супрунов К.В., Гусакова І.В., Рокунець І.Л., Коновалов С.В., Богомаз О.В., Кузмінський Я.В.	

МОДУЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ: ПРИНЦИПИ СТВОРЕННЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ НА КАФЕДРІ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ.....46

Качула С.О., Личик Г.З., Истошин В.М., Колошко О.М.

КЛІНІЧНА БІОХІМІЯ В КОНТЕКСТІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....47

Колісник П.Ф., Колісник С.П.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА.....48

Колодій С.А.

ДО ПИТАННЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ.....50

Коломієць Н.Г., Піскун Р.П., Мусатова К.В., Климчук І.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ АНТРОПОГЕНЕТИКИ В РАМКАХ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».....51

Коньков Д.Г., Таран О.А., Буртяк Н.Г.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».....52

Коробко О. А.

ШЛЯХИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ», ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ, НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ.....53

Король Т.М.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....54

Краснов В.В., Коньков Д.Г., Кукуруза І.Л.

ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА ОСНОВІ ЕЛЕКТРОННИХ НАВЧАЛЬНИХ ПОСІБНИКІВ ПРОЦЕДУРНОГО ТИПУ.....55

Кутельмах О.І.

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК І МЕТОДИК ПРОВЕДЕННЯ ОБ'ЄКТИВНОГО ОГЛЯДУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ, ЩО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНА.....57

Ладутько С.В., Столярчук Е.В., Личик Г.З., Ольховський О.С.

ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ В ПРОЕКТІ НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДЛЯ ПОДАЛЬШОЇ

РОБОТИ НА ПОСАДАХ ЛІКАРІВ «ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ».....58

Лисенко Д.А.

АДАПТАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» З ПИТАНЬ ГЕМАТОЛОГІЇ У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ.....59

Луцюк М.Б., Бондар С.А., Піпа Л.В.,Пентюк Н.О., Штатсько О.І., Некрут Д.О., Кулик Я.І.

ЕФЕРЕНТНУ ТЕРАПІЮ – НА ОЗБРОЄННЯ СІМЕЙНОМУ ЛІКАРЮ.....59

Мазорчук Б.Ф.

ЖІНОЧА КОНСУЛЬТАЦІЯ - ОСНОВА В ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....61

Мазорчук Б.Ф.

ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»..62

Марчук І.А., Вуж Т.Є.

ВАЖЛИВІСТЬ ВВЕДЕННЯ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ТИПОВОЇ НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ – ІНФІКУВАННЯ В РАКУРСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРОГО.....63

Масіброда Н.Г.

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ОЦІНЦІ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДІВЧАТОК.....65

Масіброда Н.Г., Чайка Г.В., Мазорчук Б.Ф.

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ-ПІДЛІТКАМ.....67

Михайлюк Г. Т.

ЛАТИНСЬКА МОВА В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”...68

Мостовой Ю.М., Томашкевич Г.І., Пентюк Н.О., Ткаченко Т.В.

ЗАСВОЄННЯ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ЛІКАРЯМИ ІНТЕРНАМИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»....69

Мунтян Л.М., Ромашкіна О.А.

ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК КАФЕДРИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС.....71

Навроцький В.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ.....71

Нагайчук В.І.

ОБ'ЄМ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ВІДМОРОЖЕНИМ ЛІКАРЯМИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»...73

Нагайчук В.І.

ОБ'ЄМ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОБПЕЧЕНИМ ЛІКАРЯМИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»...75

Наливайко О. Б., Шкрабалюк В. М.

ПРОФЕСІЙНА КУЛЬТУРА МАЙБУТНЬОГО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЯК ФАКТОР УСПІШНОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....76

Некрут Д.О., Ільченко О.В.

IN VITRO МОДЕЛЬ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСІВ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ЗРОЩЕННЯ (UV-X).....78

Некрут Д.О., Ільченко О.В.

ЩО СІМЕЙНИЙ ЛІКАР МАЄ ЗНАТИ ПРО TANITIAN NONI (MORINDA CITRIFOLIA L.).....79

Палій І.Г., Заїка С.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....81

Палій І.Г., Миршук Н.М.

ВИКЛАДАННЯ ГОМЕОПАТІЇ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....82

Пентюк Н.О., Томашкевич Г.І, Пентюк Л.О., Ткаченко Т.В.

ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИВЧЕННІ АУСКУЛЬТАЦІЇ СЕРЦЯ, ЯК ЗАСОБІВ КОНТРОЛЮ ТА САМОКОНТРОЛЮ У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....84

Піпа Л.В., Пілюйко Н.В., Філик А.В.

НЕОБХІДНІСТЬ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ ІНТЕГРОВАНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ « ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».....85

Півторак Н.А., Феджага І.В.

ТРАДИЦІЙНІ ТА ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ГОМЕОПАТІЇ СТУДЕНТАМ 4 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ УНІВЕРСИТЕТУ87

Піскун Р.П., Ващук А.А., Спрут О.В., Хлестова С.С., Васенко Т.Б.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ».....89

Плотницька М.В.

ІНТЕГРАЦІЙНИЙ ПІДХІД У ВИВЧЕННІ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО МЕДИКА.....90

Погорілий В.В., Фомін О.О., Навроцький В.А., Коноплицький В.С., Якименко О.Г. ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ З ПИТАНЬ ХІРУРГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ.....	92
Превар А.П. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ.....	93
Процюк Т.Л. ОСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ПЕДІАТРІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ» ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МОЗ УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ.....	95
Пшук Н.Г., Стукан Л.В., Пшук Є.Я. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ В ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	96
Рикало Н.А., Андрошук О.В. ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРІ ПАТОФІЗІОЛОГІЇ ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА.....	98
Римша С.В., Лук'янович І.Л. ТАКТИКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ НА ПЕРВИННОМУ.....	99
ЕТАПІ	
Редчіц М.А., Яцина О.В. ПРОФІЛАКТИЧНА НАПРАВЛЕНІСТЬ В ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	100
Ромашкіна О.А. ДЕЯКІ ЛІНГВІСТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ.....	102
Рубіна О.С., Токарчук Н.І., Антонєць Т.І., Моравська О.А. ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ – ІНТЕРНІВ.	
Руда І.В., Чугу Т.В., Попова О.І., Дмитрієв М.О. МІСЦЕ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ В СТРУКТУРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....	104
Рудавка С.І. ПРОБЛЕМА УПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	105
Сарафинюк Л.А., Рудий Ю.Й., Мичковська Л.І., Пільганчук Л.І., Іванова Є.І. ПИТАННЯ ЩОДО ТИМЧАСОВОГО ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ ТА СПОРТОМ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	107

Сергета І.В. ФОРМУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ.....	109
Сергета І.В., Краснова Л.І., Фещук Н.М. СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇХ МІСЦЕ В СТРУКТУРІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”.....	110
Сливка О.Я НОВІ ПІДХОДИ ДО ТРАДИЦІЙНОГО НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....	111
Смірнова О.В. ЗНАЧЕННЯ ЗАГАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДИЧНА ХІМІЯ» У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	112
Станіславчук М.А., Демидюк В.Т., Савицька О.О. «НАСКРІЗНА ПРОГРАМА» – ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ В ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ.....	114
Старовер А.В. ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДИК МОДЕЛЮВАННЯ ТА СИМУЛЯЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ».....	115
Старовер А.В. ПІДГОТОВКА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПОЗА СТАЦІОНАРОМ.....	116
Степанюк А.Г., Вільцанюк О.О., Ткаченко О.В. ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ.....	118
Сулім О. ГІРУДОТЕРАПІЯ – У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ.....	119
Теклюк С.В. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» З ПИТАНЬ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ АМБУЛАТОРНОЇ МЕРЕЖІ.....	120
Теклюк С.В. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» З ПИТАНЬ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПІДТРИМУЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРШИЙ ЕПІЗОД ШИЗОФРЕНІЇ.....	121
Темна О.В., Остапчук О.І., Берко Г.К., Величкович М.М., Перебетюк Л.С.	

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ РИТМО-ДИНАМІЧНИХ АСОЦІАЦІЙ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НАВИЧОК НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ.....122

Тихолаз С.І.

РОЛЬ КУРСУ «ЛАТИНСЬКА МОВА ТА ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ» В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ.....123

Ткаченко О. В., Вільцанюк О. О., Степанюк А. Г.

ВАЖЛИВІСТЬ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я...124

Токарчук Н.І., Рубіна О.С., Серебренікова О.А., Моравська О.А.

ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....125

Феджага І.В.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ВЗАЄМОАКТИВНОГО НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».....126

Феджага О.П.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2.....128

Фіщук О.О.

РОЛЬ ОБЛАСНОГО ДИТЯЧОГО ЕНДОКРИНОЛОГА В ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....129

Фоміна Н. С.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРІ МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ.....130

Фуніков А.В., Хіміч С.Д., Превар А.П., Тихолаз В.О.

ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА” У ВІДПОВІДНОСТІ ДО “НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ” ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ131

Чайка Г.В., Мазорчук Б.Ф., Дністрянська А.П.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ « ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА- СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» У ВІДПОВІДНОСТІ ДО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ», ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ132

Черв'як М.М., Штатко О.І., Шунков В.С., Островський В.А., Паламарчук І.В., Ольховський О.С.

**ЗНАЧЕННЯ БІООРГАНІЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ В ПІДГОТОВЦІ
АНГЛОМОВНИХ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-
СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”.....133**

Черв’як М.М., Штатько О.І., Шунков В.С.

**“ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ В ПІДГОТОВЦІ АНГЛОМОВНИХ ЛІКАРІВ ЗА
СПЕЦІАЛЬНІСТЮ ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА — У ВІДПОВІДНОСТІ ДО
“НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ” ЗАТВЕРДЖЕНОЇ МІНІСТЕРСТВОМ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ ВІД 6 КВІТНЯ 2011 РОКУ”134**

Черешнюк Г. С., Черешнюк Л. В.

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....135**

Чернобровий В.М., Мелашенко С.Г.

**ІНТЕГРАЦІЯ РОБОТИ КАФЕДРИ ВНУТРІШНЬОЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ,
СУМІЖНИХ КАФЕДР, МЕТОДИЧНОЇ РАДИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЩОДО
ОВОЛОДІННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ЗП-СМ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ТА
МЕТОДИК ЗГІДНО «НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ».....136**

Ющенко Т.І., Слюсар О.А.

**СІМЕЙНА МЕДИЦИНА – ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НА
МАЙБУТНЄ.....138**

Яблонь О.С., Пахнюща Н.М., Кулик Я.М., Каблукова О.К., Гумінська Г.С., Катілов О.В.,
Саврун Т.І.

**ПІДГОТОВКА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ПЕДІАТРІЇ – ВАГОМА СКЛАДОВА
РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....139**

Яковлева О.О., Півторак К.В., Вознюк Л.А.

**МОТИВАЦІЯ СТУДЕНТІВ - ЕФЕКТИВНИЙ СПОСІБ ПОЛПШИТИ ПРОЦЕС І
РЕЗУЛЬТАТ НАВЧАННЯ.....140**