

Зміст

<i>В.Ф. Лобода, Н.Я. Ходорчук, Л.М. Слободян, Є.Ф. Бузько, Т.З. Борисова, І.Р. Сагаль, О.Р. Боярчук</i> ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ- ПЕДІАТРІВ	5
<i>О.М. Онищенко</i> АДАПТАЦІЯ ЗМІСТУ, ФОРМА ТА МЕТОДІВ НАВЧАННЯ З ЕКОЛОГІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕФОРМ ГАЛУЗІ	7
<i>Н.В. Пасечко, Н.І. Ярема, М.О. Лемке, О.І. Криський, А.М. Гречух, А.О. Боб, З.П. Мандзій, Ю.П. Кузьмич, С.М. Бутвин, Н.Я. Верещагіна, І.П. Тофан</i> НАПРЯМКИ І ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ СЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ	11
<i>Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, Ю.М. Андрейчин</i> ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	15
<i>Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р. Савула, М.М., Шкробот С.І., Кузів П.П., Полоус Ю.М., Рудик Б.І., Сміян І.С., Стародуб Є.М., Франчук А.Ю., Шідловський В.О.</i> ЛЕКЦІЯ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ	19
<i>Мисула І.Р., Файфура В.В., Гонський Я.І., Ситник І.О., Скакун М.П.</i> ЛЕКЦІЯ НА ТЕОРЕТИЧНІЙ КАФЕДРІ	24
<i>Р.В. Казакова, Н.О. Гевкалюк</i> ХРОНОМЕТРАЖ ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	31
<i>В.П. Пішак, І.І. Заморський</i> ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПРОВІЗОРІВ У БУКОВИНСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ	33
<i>С.М. Марчишин, Н.А. Кулікова, М.Я. Яковенко, Р.Є. Нечай, Л.Т. Виклюк, Т.В. Бігуняк</i> ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ	36
<i>Ю.Є. Роговий, В.Ф. Мислицький, Л.О. Філіпова, О.В. Бойко, В.С. Самарин</i> ДОСВІД НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ РОБОТИ КАФЕДРИ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ	38

<i>М.С. Гнатюк, Я.І. Федонюк, А.М. Пришляк, Б.В. Голод, П.П. Флекей, Б.Я. Ремінецький, Н.В. Шовдра, В.Д. Волошин, В.В. Бурий</i>	
РОЛЬ АНАТОМІЧНОГО “БРЕЙН-РИНГУ” В ПІДВИЩЕННІ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ	41
<i>Г.К. Палій, В.П. Ковальчук, В.Г. Палій, В.М. Мруз</i>	
ДОСВІД ПРОФЕСІЙНОГО ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ В ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ МІКРОБІОЛОГІЇ	44
<i>І.О. Ситник</i>	
ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНИХ ДИСЦИПЛІН АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ	47
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ І ПЛЕВРИ / ЗА РЕД. М.М. САВУЛИ. – ТЕРНОПІЛЬ: УКРМЕДКНИГА, 2000. – 224 С.	49
В.В. ПІШАК, І.Ф. МЕЩИШЕН, О.В. ПІШАК, В.Ф. МИСЛИЦЬКИЙ. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ: НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК ДЛЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ. – ЧЕРНІВЦІ: МЕДАКАДЕМІЯ, 2000. – 248 С.	50
М.А. АНДРЕЙЧИН, В.С. КОПЧА. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ: ПІДРУЧНИК. – ТЕРНОПІЛЬ: УКРМЕДКНИГА, 2000. – 382 С.	52
Г.Д. ЖАБОЄДОВ, М.М. СЕРГІЄНКО. ОЧНІ ХВОРОБИ. – К.: ЗДОРОВ'Я, 1999. – 310 С.	54
<i>Портус Р.М.</i>	
ПІДСУМКИ РОБОТИ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО ІНСТИТУТУ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ ЗА 75 РОКІВ ЙОГО ІСНУВАННЯ	58

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК 616-053.2 (07.07)

ØËBØÈ Ì ²ÄÄÈÙÁÍ Í B BÊÏ ÑÒ² Ì ²ÑËBÄÈÏ ÈÏÌ Í Í ÁÏ Í ÄÄ×ÁÍ Í B È²ÉÄÐ²Ä-Ï ÄÄ²ÄØÐ²Ä

Ä.Ö. Èí áí äà, Í .B. Öî äí ð÷óé, È.Ì . Ñëí áí äÿí , Ä.Ö. Áóçüèí ,
Ò.Ç. Áí ðèñí äà, ².Ð. Ñäääèÿ, Í .Ð. Áí ÿð÷óé

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE WAYS OF IMPROVING OF THE QUALITY OF POST-DEGREE TRAINING OF DOCTORS-PEDIATRICIANS

V.Ph. Loboda, N.Ya. Hodorchuk, L. M. Slobodian, Ye. F. Buzko,
T.Z. Borysova, I. R. Sahal, O.R. Boyarchuk

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Висвітлені шляхи підвищення якості післядипломного навчання лікарів-педіатрів: удосконалення традиційних методів навчання, впровадження сучасних технологій – компакт-диски, комп'ютерні тестові програми, телелекції.

The given article elucidates the ways of improving the quality of post-degree study of doctors-pediatricians, improving of traditional methods, introduction of modern technologies – CD, computer-test programs, telelectures.

Вступ. Розвиток науки, реформування вищої медичної освіти вимагають підвищення якості підготовки спеціалістів не тільки під час навчання у вищому навчальному закладі, але й після його закінчення, на рівні післядипломної освіти. Це єдиний і безперервний процес, який не може розвиватися без застосування сучасних технологій навчання.

Основна частина. На кафедрі педіатрії факультету післядипломної освіти Тернопільської державної медичної академії проходять навчання лікарі-педіатри з метою підвищення рівня теоретичних знань та вдосконалення практичних навичок (курси тематичного удосконалення, передатестаційні цикли). У засвоєнні знань велику роль відіграє інформаційне забезпечення лікарів спеціальною літературою. У даний час існує проблема, з одного боку достатня кількість періодичних фахових видань, інформація у системі “Інтернет”, з іншого – обмежені можливості доступу лікарів до інформації через низьке технічне і матеріальне забезпечення лікувальних установ. Перед викладачами академії було поставлено завдання забезпечити студентів, інтернів і лікарів сучасними підручниками, посібниками, монографіями на державній мові. Цьому сприяло створення ви-

давництва “Укрмедкнига”. У вирішенні даного питання вагомий внесок зробили викладачі кафедри педіатрії ФПО. Зокрема, виданий “Збірник ситуаційних задач для позааудиторної підготовки” (1999 р.), в якому знайшли відображення основні розділи педіатрії. Цей збірник використовується не тільки для підготовки до занять за межами кафедри, а також під час практичних, семінарських і підсумкових занять. У 2000 році виданий посібник “Клініка та синдромна терапія невідкладних станів у дітей”. Це одна з перших книг в рубриці “Лікарська практика” видавництва “Укрмедкнига”. В ній представлені основні невідкладні стани у дітей (коротке визначення, клінічні критерії), а також конкретна допомога на догоспітальному та госпітальному етапах з алгоритмом основних дій лікаря, із вказівкою лікарських препаратів, які послідовно вводяться хворим, з дозами, шляхами та швидкістю їх введення. Посібник також розрахований на студентів, лікарів-інтернів сімейної медицини, медицини невідкладних станів, практичних лікарів-педіатрів різного профілю. Викладачі застосовують цей посібник під час навчального процесу для відпрацювання одного із найважливіших розділів професійної діяльності лікаря – надання своєчасної невідкладної допомоги хворим дітям на різних етапах, що при-

© В.Ф. Лобода, Н.Я. Ходорчук, Л.М. Слободян та ін., 2001

зводить у кінцевому результаті до покращання якості та зниження дитячої смертності. У 2001 році кафедрою видано посібник “Синдром мальабсорбції у дітей, діагностика і реабілітація”, в якому висвітлені діагностичні критерії та лікування первинних і вторинних форм порушення гідролізу та абсорбції харчових інгредієнтів. На даний час підготовлений до друку посібник “Діагностика захворювань і реабілітація дітей”, який передбачає забезпечення лікаря-педіатра сучасною інформацією з питань диспансерного спостереження та реабілітації дитячого населення (подано конкретні плани лікування залежно від патології, кратність спостереження різними спеціалістами, реабілітація на різних етапах захворювання). Цей посібник написаний на запит практичних лікарів-педіатрів. Автори вказаних видань мають і великий педагогічний досвід роботи у вищій школі, і практичної лікарської діяльності.

На кафедрі постійно оновлюється й удосконалюється лекційний матеріал, в якому знаходять відображення сучасні досягнення вітчизняної та світової науки, основні накази Міністерства охорони здоров'я, методичні рекомендації, інформаційні листи, рішення з'їздів і конференцій. Усі лекції достатньо ілюстровані таблицями, прозірками, кодограмами, виписками з історій хвороби. Кодограми зручні та ефективні також для використання при проведенні виїзних циклів. Для кращого засвоєння матеріалу використовують п'ять навчальних фільмів, а саме: “Новонароджені діти”, “Анемія”, “Алергодерматози”, “Геморагічні діатези”, “Менінгококова інфекція”.

У навчальний процес активно впроваджуються нові технології, так звані медіа-педагоги (телебачення та комп'ютер) [1,2]. Враховуються рекомендації щодо необхідності дотримуватися “балансу між образним та інформаційно-логічним способом сприйняття інформації та мислення” [2]. Ще декілька років тому робота за комп'ютером викликала в більшості лікарів невпевненість та розгубленість. У даний час комп'ютерна професійна інформація є невід'ємною частиною навчального процесу і контролю знань (вихідного, проміжного та заключного).

У читальному залі академії з комп'ютерним осна-

щенням лікарів-курсанти мають можливість готуватися до занять з використанням мультимедійних компакт-дисків, зокрема “Харчування дітей”, створеного професором І.С. Сміяном і співавторами. Вони сприяють кращому опануванню теоретичних знань та візуальному засвоєнню практичних навиків [3].

У навчальному процесі для лікарів-інтернів практикують телелекції в режимі реального часу. Так, у лютому 2000 року була прочитана лекція головою неонатологів України О.Г. Сулемою на тему “Актуальні питання синдрому дихальних розладів у дітей”. У лекції змістовно, в достатній для сприйняття формі подана інформація про сучасні погляди на синдром дихальних розладів, наведені визначення та класифікація цього стану з урахуваннями світових досягнень. Особлива увага була приділена первинній реанімації. Лекція добре ілюстрована прозірками, рисунками, відеозаписами конкретних етапів надання невідкладної допомоги при синдромі дихальних розладів. Слухачі мали нагоду отримати не тільки теоретичні знання, а й бачити оснащення відділень для реанімації новонароджених із сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою. Лекція викликала зацікавленість серед слухачів, доказом чого були численні запитання з аудиторії, на які професор О.Г. Сулема давала конкретні відповіді.

Крім наведеного вище, залишається актуальним розбір і демонстрація хворих дітей із різною патологією. Викладачі мають змогу показати хворих з невідкладними станами у відділі реанімації інфекційного профілю; обласному гематологічному відділенні, в якому застосовуються сучасні протоколи лікування дітей; в соматичних відділеннях, у відділах респіраторної патології, інфекційному, в пологовому будинку, патології новонароджених та інших. Лікарів-курсанти беруть участь в усіх патолого-анатомічних та клінічних конференціях, перерваних курсах педіатрів області.

Висновок. Підвищення рівня теоретичних знань та засвоєння практичних навиків лікарів-педіатрів на етапі післядипломної освіти можна досягти, адекватно поєднуючи класичні методи навчання та сучасні технології.

Література

1. Гнатюк М.С., Завальнюк А.Х., Гнатюк Р.М. та ін. Використання сучасних навчальних технологій у педагогічному процесі //Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 41-45.
2. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу //Медична освіта. – 1999. – №1. – С. 12-15.

3. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи, впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи //Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 3-12.

тивно-правовий простір для забезпечення екологічного благополуччя населення [4]. З урахуванням цього, до навчальних програм значної частини вищих навчальних закладів внесені зміни: відкрито чи реорганізовано кафедри (курси) екологічного спрямування, формується нова галузь – соціоекологія [5].

Методичні підходи стосовно наповнення програм екологічного навчання повинні враховувати дві взаємопов'язані складові. Перша, яка складає ядро програми, спрямована та розвиток у студентів екологічного мислення; вона містить мінімум базових екологічних знань, необхідних кожному фахівцю. Друга складова частина програми має враховувати особливості та профіль спеціальності, яку одержують студенти; вона формує у них систему знань і вмінь, необхідних для високопрофесійного вирішення завдань у галузі охорони навколишнього середовища і раціонального природокористування.

Сучасні технології реалізації концепції екологічної освіти [6,7] базуються на: безперервності, інтегративності, концептуальності, функціональності та гуманізації. Концептуальність є провідним методичним принципом викладання, на базі якого повинна здійснюватись екологічна освіта й екологічне виховання майбутнього спеціаліста як необхідна передумова формування екологічного світогляду студента. Концептуальність, насамперед, визначає екологічну освіту як складову частину фундаментальної освіти спеціаліста з профілактичної медицини. Безперервність – включення екологічної освіти до системи сімейного, дошкільного, шкільного виховання, систем базової фахової підготовки та післядипломної освіти. Під функціональністю розуміють здатність фахівця цілеспрямовано застосовувати екологічні знання та вміння на практиці. Тому одним із найголовніших принципів екологічної освіти має бути професіоналізація одержаних знань, які б чітко враховували конкретну галузь професійної діяльності майбутнього спеціаліста. Гуманізація – необхідність застосування досвіду світової культури з питань природокористування і природоохоронної діяльності, насамперед в аспекті гуманного ставлення до природи та її зберігання в ім'я здоров'я та життя людини. Інтегративність. Екологія розглядається як наука з акцентованими тенденціями до синтезу знань про природу та довкілля. Це зближення навчальних дисциплін, введення узагальнюючих, інтегрованих екологічних курсів, практикумів, інтеграція у навчально-виховному процесі, розробка програм, які

забезпечують єдність класної і позакласної роботи з екології, взаємодію базової підготовки з проф-орієнтацією.

Для спеціалістів за фахом “Медико-профілактична справа” мають значення не тільки знання загальної екології та її законів, а й знання медичної екології (екології людини). Екологія людини вивчає медико-біологічні аспекти гармонізації взаємовідносин у довкіллі стосовно найважливішого питання сучасності – збереження здоров'я нинішнього та наступних поколінь. Формування ж системи екологічних поглядів, знань та вмінь у студентів має відповідати базовим освітньо-професійним вимогам до фахівців, які в результаті вивчення медичної екології повинні знати: особливості сучасних медико-екологічних проблем здоров'я населення і навколишнього середовища; структуру й організацію систем медико-екологічного моніторингу здоров'я населення і навколишнього середовища; принципи медико-екологічної реабілітації й оздоровлення населення і навколишнього середовища; методи прогнозування й управління якістю навколишнього середовища в інтересах здоров'я населення та повинні вміти: формувати найпростіші гіпотези взаємозв'язку чинників ризику виникнення та розвитку екологічно залежних захворювань; володіти методами медико-екологічної експертизи об'єктів навколишнього середовища; володіти методами медико-екологічної експертизи та діагностики громадського й індивідуального здоров'я; розробляти й організувати проведення медико-екологічних реабілітаційно-оздоровчих заходів; застосовувати сучасні технології управління якістю навколишнього середовища в інтересах здоров'я населення. Проведений проблемно-цільовий аналіз дисциплін [7,8], які вивчаються за фахом 5.11010501 “Медико-профілактична справа” дозволяє підкреслити, що значна частина питань медичної екології в основному відображена при вивченні спеціальних предметів: загальної гігієни, комунальної гігієни, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування, гігієни праці. Але такі важливі теми, як медико-екологічний моніторинг, медико-екологічна експертиза якості навколишнього середовища, прогнозування виникнення екопатологій – відсутні у більшості програм підготовки [6].

Отже, для сприйняття під час практичної діяльності медико-екологічних проблем необхідна цілеспрямована підготовка спеціалістів, які володіють сучасним розумінням проблеми та методами високотехнологій у галузі природоохорони та природо-

користування. У першу чергу це стосується спеціалістів медичного профілю за фахом “Медико-профілактична справа”, метою професійної діяльності яких є покращання стану здоров’я населення й утворення адекватних для людини екологічних умов життєдіяльності. Сучасні спеціалісти-медики повинні мати новітні глибокі знання з питань екології людини, а також чітко усвідомлювати і прогнозувати можливий вплив довкілля на індивідуальне та популяційне здоров’я, володіти засобами усунення, чи, принаймні, пом’якшення негативного впливу екологічних чинників на організм людини.

Розглядаючи необхідність інтеграції екологічних знань у межах до існуючої системи підготовки спеціалістів за фахом “Медико-профілактична справа” фахівцями у складі навчально-методичної комісії за консультативною підтримкою науковців Харківського державного медичного університе-

ту проведено проблемно-цільовий аналіз програм з нормативних, фундаментальних, фахово орієнтованих та спеціальних дисциплін. Із урахуванням методичної і логічної послідовності викладання питань екології на різних етапах навчання всі навчальні дисципліни було розподілено на три групи (рис. 1):

- Група А. Загальноосвітні дисципліни, з вивченням яких логічно пов’язуються ті чи інші розділи екології, визначається її взаємозв’язок з дисциплінами природничого, соціокультурного спрямування. Методичним завданням дисциплін цієї групи є формування у студентів загального поняття про екологію та викладання питань загальної екології.
- Група Б. Фундаментальні, фахово орієнтовані та спеціальні дисципліни, при вивченні яких можуть бути розглянуті питання структурно-функціональної організації біологічної системи організму людини в аспекті взаємодії з довкіллям. Під час вив-

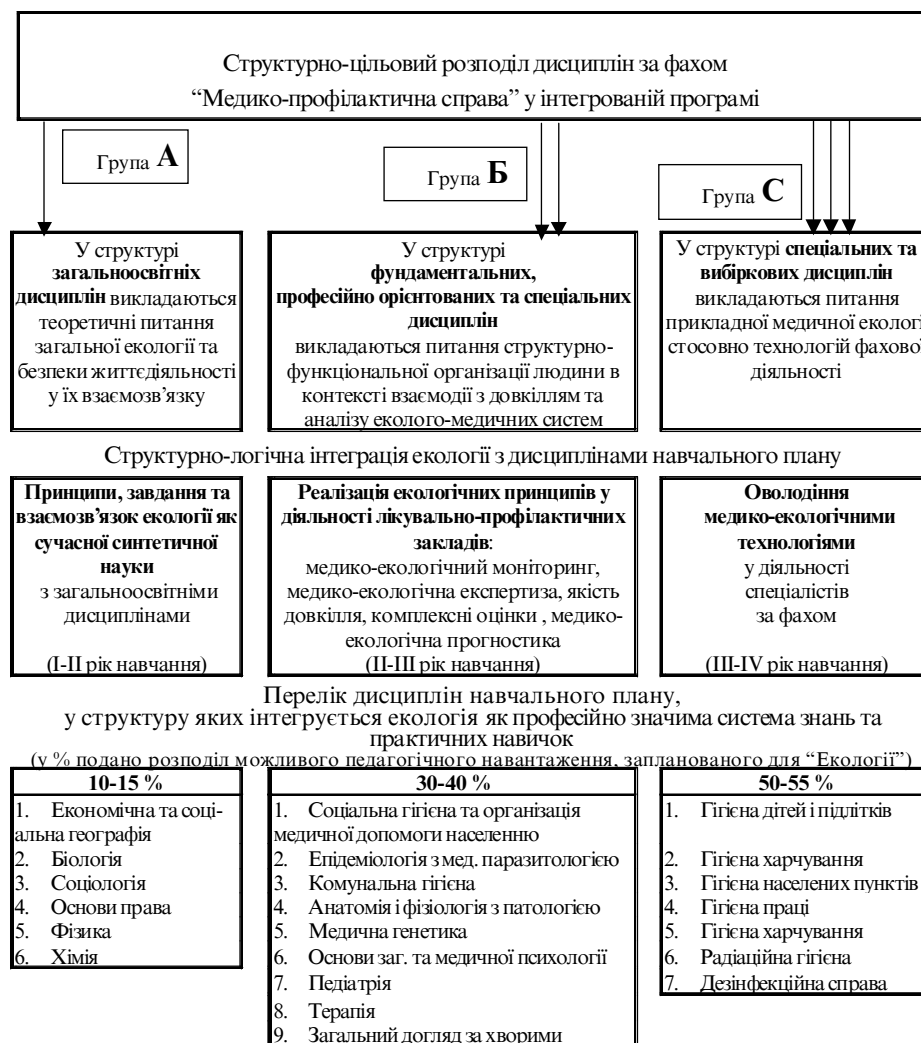


Рис. 1. Структура дисциплін за фахом “Медико-профілактична справа” та їх класифікація стосовно міждисциплінарного викладання екології.

чення дисциплін цієї групи студенти повинні засвоїти конкретні теоретичні знання з екології, мати чіткі уявлення стосовно місця та ролі реалізації екологічного підходу у фаховій діяльності.

Група С. Спеціальні та вибіркові дисципліни, у структурі яких викладається широке коло питань прикладної медичної екології, які безпосередньо стосуються фахової діяльності зі спеціальності “Медико-профілактична справа”. Метою вивчення дисциплін цієї групи є послідовне формування у студентів системи професійно значимих практичних знань і навичок із медичної екології, наявність яких необхідна для самостійної фахової діяльності.

Висновки. Таким чином, питання послідовного формування системи екологічних знань та вмінь може бути вирішено на базі методичної інтеграції питань екології з програмами загальноосвітніх, базових, професійно орієнтованих та вибіркового дисциплін. З метою забезпечення відповідності освітньо-професійного стандарту завданням фахової діяльності слід визначити наступні методично узгоджені положення:

1. Враховуючи сучасну структуру знань та тенденції розвитку системи освіти, що проявилися у формуванні таких синтетичних дисциплін, як екологія, безпека життєдіяльності, охорона праці та інших, що суттєво доповнюють існуючі дисципліни в системі

медичної освіти за фахом “Медико-профілактична справа”, питання екології та профілактичної медицини доцільно вивчати за інтегрованими до фахової освіти міждисциплінарними програмами як наскрізну систему знань, умінь і навичок.

2. Інтегрування системи екологічних знань до фахової освіти повинно забезпечувати безперервність, комплексність та системний підхід до складання таких міждисциплінарних програм та їх подальше методичне і дидактичне забезпечення.

3. З метою забезпечення безперервності у процесі екологічного навчання та формування відповідних практичних навичок, необхідних у діяльності за фахом, одержання знань повинно розпочинатися у межах програми загальноосвітньої школи. Формування ж професійно орієнтованих знань з екології та практичних навичок за спеціальністю “Медико-профілактична справа” має здійснюватися під час інтегрованого вивчення, фундаментальних, фахово орієнтованих та вибіркового дисциплін.

4. Враховуючи спільність екології, безпеки життєдіяльності та дисциплін гігієнічного профілю, які вивчаються студентами вищих навчальних медичних закладів у якості професійно орієнтованих, виникає нагальна необхідність їх максимальної (до 60 %) інтеграції в межах професійно орієнтованих дисциплін.

Література

1. Онищенко О.М., Діденко О.О., Шкляр С.П. Фельдшерська школа: історія становлення та розвитку. – Харків: Контраст, 2001. – 270с.

2. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я. Аналітичний огляд / За заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 54с.

3. “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 26.11.1998 р. Про нейтралізацію загроз, обумовлених погіршенням екологічної і технічної обстановки в країні // Указ Президента України №1420/98 від 31.12.98.

4. Екологія, населення, держава // Фрагмент звіту за результатами соціологічного дослідження: Харківська область. – Київ, 1998. – 70 с.

5. Бачинський Г.О. Основи соціоекології – Київ: Вища школа, 1995. – 237 с.

6. Воронцов М.П., Онищенко О.М., Галічева Н.О. та ін. Адаптація змісту навчання з екології та профілактичної медицини у контексті функціональних реформ галузі // Інформаційно-методичний посібник викладача ХДМУ:-ХМУ, 2001. – 60 с.

7. Екологічна освіта і виховання студентів: досвід та перспективи // Матеріали семінару медичних училищ Харківської області. – Харків, 2001. – 44 с.

8. Онищенко О.М., Шкляр С.П. Медсестринство у контексті спеціалізації // Медицина сьогодні и завтра. – 2001. – №2. – С. 150-154.

УДК 61 (075.3)(07.07)0477.84

І АІ ДВІ ЕЕ ² ØЕВӨЕ ДІ ÇАЕӨЕӨ АЕУІ - НАНОДЕІ НУЕТ -
І НА²ӨЕ А ОАДІ ІІ ²ЕУНУЕ²Е І ААЕ×І ²Е АЕАААІ ²-

І .А. І аһ°÷еі, І .². Вöаі а, І .І . Еаі еа, І .². Еöеñüе³а,
А.І . Аöа÷öö, А.І . Аіа, Ç.І . І аі аç³е, Р.І . Еöçüі è÷,
Н.І . Аöаеі, І .В. Ааöаüаа³і а, ².І . Оі оаі

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**DIRECTIONS AND WAYS OF DEVELOPMENT OF HIGHER
NURSING EDUCATION IN TERNOPIL STATE MEDICAL ACADEMY**

**N.V. Pasietchko, N.I.Yarema, І .І . Lemke, І .². Kryskiv,
А.І . Hrechukh, А.І . Bob, Z.P. Mandziy, Yu.P. Euzmych,
S.І . Butvyn, N.Ya. Vereshchahina, I.P. Tofan**

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті викладені основні принципи концепції розвитку вищої сестринської освіти, висвітлена її мета й умови реалізації основних напрямків: організаційного, методологічного, медичного, педагогічного тощо. Визначені завдання і шляхи реформи освіти, спрямованої на підготовку медичних сестер з вищою сестринською освітою, що відповідають світовим вимогам, стану охорони здоров'я в Україні, а також перспективам розвитку медсестринської освіти в сучасних умовах.

The main principles of the higher nursing education development, the aim and conditions of realization of such directions as organization, methodologic, medical and pedagogical are given in this article . The problems and ways of the education reform aimed at training the nurses with higher education, which meet world requirements, the standard of Public Health Service in Ukraine and the prospects of their development in modern conditions have been determined.

Вступ. У зв'язку з переходом на ринкові відносини у вітчизняній охороні здоров'я, як і в інших галузях виробничої і невиробничої сфери, формуються різноманітні форми власності, здійснюється перехід на бюджетно-страхову систему фінансування, розвиваються індивідуально-колективні форми надання лікувальних і санітарно-профілактичних послуг. Це вимагає принципово нової підготовки керівників системи охорони здоров'я. В умовах переходу на ринкові відносини лікувально-профілактичні заклади, незалежно від форми власності й організаційно-правового статусу, повинні гарантувати населенню кваліфіковану медичну допомогу.

Покращання ефективності роботи лікувальних установ багато в чому залежить від фахових і особистих якостей керівників сестринських служб: головних і старших медичних сестер. Нові технології в охороні здоров'я, нові методи діагностики і лікування, зростаючі вимоги до рівня сестринського догляду – усе це викликає необхідність цілком іншо-

го рівня сестринської освіти, високого ступеня компетентності й кваліфікації медичної сестри [1].

Аналогічні тенденції існували й в інших країнах світу. Не випадково із 1979 року в університетах більшості країн Західної Європи і Північної Америки почали працювати сестринські факультети, які готують медичних сестер за магістерськими програмами. В нашій країні перші факультети вищої сестринської освіти в медичних вузах з'явилися тільки в 1994 році.

Основна частина. Згідно з Державним стандартом, який був затверджений на І Всеукраїнському з'їзді молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів у вересні 1999 року, підготовка спеціаліста з вищою сестринською освітою і його діяльність спрямовані на:

- надання висококваліфікованої сестринської допомоги, включаючи зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, безпосередній догляд за хворими і реабілітацію;

- планування, організацію, керування й економічне забезпечення ефективної роботи сестринських служб і підрозділів;

© Н.В. Пасечко, Н.І. Ярема, М.О. Лемке та ін., 2001

- організацію, забезпечення, керування і проведення педагогічного процесу, пов'язаного з підготовкою і перепідготовкою сестринського персоналу;
- проведення наукових досліджень із сестринської справи;
- організацію і контроль за культурою виробництва, дотримання етичних і конституційних прав громадян: співробітників, пацієнтів та інших осіб.

Тому програма підготовки медичної сестри містить широкий курс гуманітарних дисциплін. Це загальномедичні і клінічні дисципліни відповідно до рівня бакалавра, економіка і юриспруденція, психологія і педагогіка, історія і філософія. В системі медсестринської освіти впроваджуються нові форми навчальної роботи [2]. Представник нового фаху одержує необхідний і дуже специфічний обсяг знань і навичок, потрібний для роботи адміністратора-управлінця сучасної установи охорони здоров'я.

Концепція вищої сестринської освіти, яка сьогодні впроваджується в Україні, базується на таких положеннях:

- населення країни постійно висловлює незадоволеність якістю надання медичної допомоги спеціалістами різноманітного рівня, але найбільше – якістю сестринського догляду за хворими;
- у країні відзначається ріст кількості пацієнтів, які страждають від хронічних захворювань, алкоголізму і наркоманії, неблаганно збільшується кількість хворих із різноманітними проявами імунодефіциту, інвалідів дитинства і праці;
- погіршується екологічна ситуація в країні й світі, основна маса населення опинилася за межею бідності, різко скоротилася середня тривалість життя українців, у молоді відсутня культура здоров'я, побуту і виробництва;
- медичні установи працюють за старим зразком, особливо це виявляється в організації і керуванні діяльністю лікувально-профілактичними установами;
- соціалістична система закладалася в умовах “лікнепу” (ліквідації неписьменності) і за 70-літній період своєї діяльності на багатьох рівнях не враховувався професіоналізм й інтелект виконавців. Медичні сестри різноманітних рівнів – палатна, операційна, старша і головна – в минулому одержували один рівень освіти і відбиралися на основі висування кращих і найбільш фахових.

Метою концепції розвитку вищої сестринської освіти є визначення основних завдань, напрямків і етапів реформи освіти, спрямованої на підготовку академічних сестер (вища сестринська освіта), що

відповідають світовим вимогам, сучасному стану охорони здоров'я в Україні і медичній науці, а також перспективам їхнього розвитку в умовах переходу до ринкової економіки.

Передумовами й умовами концепції вищої сестринської освіти є такі моменти:

- необхідність підняття престижу діяльності медичної сестри як представника самостійної і важливої для охорони здоров'я країни професії;
- впровадження в охорону здоров'я України концепції розвитку вищої сестринської освіти, відповідно до якої академічні медичні сестри є важливою частиною технологічного ланцюга організації надання медичної і медико-соціальної допомоги населенню. Нові фахівці можуть самостійно забезпечувати визначені види діяльності, цілком відповідаючи за їхній кінцевий результат;
- введення в практику охорони здоров'я диференційованої оплати праці медичної сестри відповідно до рівня її освіти, надання можливості зайняти високу посаду (старшої і головної медичної сестри, завідуючих відділенням) після одержання вищої сестринської освіти;
- організація і проведення науково-дослідних робіт із проблем менеджменту і лідерства в сестринській справі, питань поліпшення сестринського процесу в лікувальних установах;
- розширення і зміцнення міжнародного співробітництва в галузі вищої сестринської освіти.

Що стосується місця роботи нових спеціалістів, то це викликає значні дебати і потребує уточнення. Якщо посади старшої і головної медичної сестри, а також викладача сестринської справи в медичних училищах, коледжах і вузах не викликають заперечень і вважаються логічно завершеним, то посада завідувача будь-якого відділення (хірургічного, терапевтичного, педіатричного, гінекологічного, тим більше вузькоспеціалізованого) чомусь викликає сумнів.

Доцільно розглянути цю проблему з фахових і соціально-життєвих позицій. На сьогодні дані посади займають найбільш досвідчені й авторитетні спеціалісти. Так, вони професіонали в хірургії, терапії тощо. Авторитет на їхньому боці, і він їх захищає. Отже, бути їм старшими спеціалістами своїх напрямків – старший або головний хірург, терапевт.

Що стосується ролі завідувача відділення, то від нього, особливо на сучасному рівні, життя потребує бездоганних знань менеджменту, ринку, бізнесу і реклами. Це, насамперед, організація діяльності медичної установи в ринкових умовах, коли від керівника вимагаються знання економіки і пра-

ва, психології і педагогіки, релігії, етики і культури медичних робітників, хворих, їхніх родичів, а також виробництва. Названі гуманітарно-інтелектуальні дані одержують саме спеціалісти нового покоління – академічні сестри. Спеціалісти нового покоління разом із медичними менеджерами згодом переглянуть і поставлять на новий потрібний рівень не тільки сестринську справу, але й діяльність медичних установ у цілому.

Основними принципами проведення концепції розвитку вищої сестринської освіти є:

- інтеграція вищої сестринської освіти в європейську і світову системи вищої освіти;
- державний характер медичних вищих навчальних закладів країни, навчання в яких ґрунтується на гуманістичному принципі, пріоритетах загальнолюдських цінностей, життя і здоров'я людини, вільному розвитку із національними і регіональними культурними традиціями, демократичному державно-суспільному характері керування освітою, свободі й плюралізмі освіти, а також незалежності державних вузів від ідеологічних і суспільно-політичних спрямувань;
- створення об'єднаних навчально-наукових комплексів-центрів, що об'єднують медичні вузи і коледжі або медичні училища;
- інтегрування навчальних планів і робочих програм факультетів вищої і базової сестринської освіти;
- поряд з існуванням очної (денної і вечірньої) форми навчання, на факультетах вищої сестринської освіти необхідна організація очно-заочної форми навчання керівників сестринських служб без відриву їх від роботи (проте ці заходи повинні мати тимчасовий характер у перехідний період і тільки для окремих спеціалістів, які добре себе зарекомендували на посадах старших і головних сестер).

Реалізувати ці завдання можна тільки еволюційно в умовах суспільства із соціально орієнтованою економікою і демократичними принципами охорони здоров'я населення.

Особливості географічного розташування, економічного становища, розвитку соціальної інфраструктури та виникнення ринку праці в середині 90-х років зумовили відкриття у Тернопільській медичній академії медсестринського факультету [3]. Унікальність міста з 250 тисячами населення була в тому, що Тернопіль – це єдиний обласний центр в Україні, де не було жодного медичного закладу I рівня акредитації. Факультет було створено з дозволу Міністерства охорони здоров'я 20 квітня 1995 року.

Наша концепція складається із семи напрямків: організаційного, методологічного, медичного, педагогічного, правового, культурологічного та економічного.

Мета ОРГАНІЗАЦІЙНОГО НАПРЯМКУ – добір перспективних спеціалістів, що є лідерами сестринських служб лікувальних установ. З 1995 року ми активно займаємося проблемами базової і вищої сестринської освіти, при цьому детально проаналізували роботу медичних сестер різноманітного рівня в лікувальних установах і вважаємо, що на факультеті вищої сестринської освіти академії чи університету мають право на існування три форми навчання: денна, вечірня й очно-заочна (останні дві форми варто вважати тимчасовими у перехідний період). На денне відділення факультету вищої сестринської освіти можуть вступати як учорашні випускники медичних училищ і коледжів, що мають дипломи медичних сестер або фельдшерів, так і сестри й фельдшери, які працювали в лікувальних установах і зарекомендували себе як найкраще. Термін навчання – 2 роки при 36-годинному робочому тижні.

На вечірнє відділення факультету приймаються формальні й неформальні лідери сестринських колективів установ охорони здоров'я, головні й старші медичні сестри, а також перспективні сестри, що користуються авторитетом і довірою як серед своїх колег, так і в керівників лікувальної установи. Термін навчання відповідно складає 3 роки. Навчання на вечірньому відділенні здійснюється без відриву від виробництва.

Очно-заочна форма навчання в Україні ще не впроваджена, проте викликає велике зацікавлення у працівників районних міст і селищ, де немає вузів.

МЕТОДОЛОГІЧНИЙ НАПРЯМОК ставить собі за мету відпрацювати оптимальні навчальні плани і робочі програми на кафедрах академії, добре інтегровані з програмами базової підготовки медичних сестер. У зв'язку з цим, важливим, на наш погляд, чинником стало створення єдиної системи безперервної сестринської освіти – “ступеневої” освіти. Ця система передбачає безперервну підготовку сестринських кадрів у Тернопільській медичній академії з її клініками, Чортківському і Кременецькому медичних училищах та ліцейних медичних класах Галицького коледжу м. Тернополя. Майбутнє, на наш погляд, полягає в ще більш тісному контакті медичних академій та університетів, училищ та коледжів, у входженні останніх у структуру вузів III-IV рівнів акредитації.

Тісно пов'язаний із вищезгаданим напрямком ПЕДАГОГІЧНИЙ НАПРЯМОК. Завдання об'єднання в комплекс університету і медичних училищ пояснюється прагненням до поліпшення добору найбільш спроможної частини студентів училищ, профорієнтацією, фундаментальною підготовкою зі спеціальних дисциплін. У результаті підвищилася якість підготовки медичних сестер, поліпшилася методика і методологія викладання. У свою чергу, медичні училища допомагають академії в проведенні виробничої практики студентів медсестринського факультету. Кращі випускники училищ продовжують свою освіту в стінах академії.

МЕДИЧНИЙ НАПРЯМОК. У даний час назріла нагальна потреба чіткого визначення характеру і якості, яка виконується медичними сестрами залежно від кваліфікації і базової освіти. Наприклад, одна підготовка потрібна для медичної сестри, що працює в палаті, процедурному кабінеті або операційному блоці й зовсім інша – для сімейної медичної сестри.

У процес навчання медичної сестри на різноманітних курсах училищ треба широко залучати викладачів кафедр вузу, а також його матеріальну базу.

ПРАВОВИЙ НАПРЯМОК. Вища сестринська освіта існує в більшості країн світу. Необхідність підготовки медичних сестер із вищою освітою зумовлена потребами управління сестринськими службами, педагогічною діяльністю в сфері підготовки медичних сестер, проведенням лікувально-профілактичних заходів і формуванням здорового способу життя населення, виконанням наукових досліджень у галузі сестринської справи, дотриманням конституційних і цивільних прав медичних робітників, їхніх пацієнтів, усіх громадян.

Для реалізації поставлених завдань, відповідно до навчального плану факультету, було створено кафедру сестринської справи.

КУЛЬТУРОЛОГІЧНИЙ НАПРЯМОК передбачає створення інституту культури сестринської справи. Культура – це насамперед світова філософія з її унікальними багатосторонніми коренями і складовими: етика й естетика, психологія та багато інших. Культура сестринської справи встановлює основні етичні обов'язки медичної сестри щодо задоволення потреб пацієнтів у сестринському догляді за ними. Культура

сестринської справи включає і такі загальнолюдські цінності, як людська гідність, здоров'я, незалежність, ефективність, турбота, повага особистості пацієнта, конфіденційність. Усе це визначає остаточно інтелект й інтелігентність особистості медичної сестри. Інтелект (Intellectus) – розум, міркування, логіка, мислення, творчість. Інтелігент (Intelligentus) – мисляча, культурна людина. Особливе місце у діяльності медичної сестри займає милосердя, співпереживання з пацієнтом його болю, страждання і муки. Цей альтруїзм, на жаль, неухильно знижується. Замість нього процвітає егоїзм і амбіції. От чому виникає гостра необхідність відновити в суспільстві і, насамперед, у медичному середовищі, інтелект і інтелігентність. Тому не випадково в нашому вузі й на факультеті введений потужний гуманітарний блок різноманітних дисциплін, у тому числі й такий предмет, як культура сестринської справи.

ЕКОНОМІЧНИЙ НАПРЯМОК – передбачає платне навчання для студентів. Госпрозрахункових студентів приймають на конкурсній основі. У процесі навчання їм дається ряд пільг: зменшена група, коригування програм, право вибору викладачів, соціальне і медичне обслуговування за рахунок їхніх госпрозрахункових коштів.

Студентам госпрозрахункових груп дається право на індивідуальне навчання. Індивідуальне навчання – основа педагогіки, її сьогоднішній і завтрашній день. Воно повинно прийти на зміну валовому методу.

Висновки. Тільки в комплексі, у взаємодії всіх елементів концепції розвитку вищої сестринської справи може бути досягнутий успіх підготовки будь-якого спеціаліста, у тому числі й медичної сестри з вищою освітою, як досить складного і відповідального фаху, від якого залежить доля пацієнта. Дана концепція створює сприятливі умови для цього за рахунок цілеспрямованого добору студентів, поліформної системи освіти, із глибоким вивченням необхідних фундаментальних і прикладних клінічних дисциплін.

Наш принцип – підготовка медичної сестри з вищою освітою. Нам здається, що він заслуговує на увагу і вивчення в інших медичних вузах, впровадження в практичну роботу факультетів вищої сестринської освіти України.

Література

1. Ю.В. Вороненко. Медсестринство в Україні: сьогодення і перспектива розвитку // Медсестринська освіта в Україні. – Чернівці. – 1998. – С. 2-3.

2. Р.І. Сидорчук. Нові форми навчальної роботи в сис-

темі медсестринської освіти // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 52-54.

3. Н.В. Пасечко. Медсестринство в Тернопільській медичній академії. Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 43-45.

УДК 616.2(07.07)

АІ ДІ ААААЕАІ І В І АОЕІ АЕО ДІ ЧДІ АІ Е О І АА×АЕУІ ЕЕ
І ДІ ОАЊ І А ЕАОААД² І ОІ ДЕІ І ЕАДЕІ АІ ЕІ А²-

А.Њ. І ОІ дапааае÷, І .А. ЕІ ааеєе, Р.І . АІ ääаé÷èГ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**INTRODUCTION OF SCIENTIFIC DEVELOPMENT IN TO
EDUCATIONAL PROCESS AT OTORHINOLARYNGOLOGY
DEPARTMENT**

G.S.Protasevych, P.V.Kovalyk, Yu.M. Andreychyn

The Ternopol State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

В статті висвітлені питання впровадження наукових досліджень у навчальний процес, проведених з 1958 по 2000 рр. викладачами на кафедрі оториноларингології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського. Вказані теми, при викладанні яких підкреслюються результати наукових досліджень кафедри.

The questions of scientific researches introduction in to educational process which has been carried out during 1958 – 2000 by the teachers of otorhinolaryngology department of Ternopol State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky are reviewed in this article. The themes to emphasize the results of scientific investigations of the department are indicated.

Вступ. За період існування кафедри оториноларингології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського (1958-2000 рр.) її працівниками виконано цілий ряд наукових робіт стосовно склерому верхніх дихальних шляхів, хронічного тонзиліту, тимпанопластики, хронічного верхньощелепного синуїту, пухлин вуха, хронічного гнійного середнього отиту та ін. За матеріалами наукових досліджень захищено 11 кандидатських і 2 докторські дисертації, видано 3 методичних рекомендацій, 6 інформаційних листів і одна монографія. Результати наукових досліджень впроваджені в практику охорони здоров'я в лікувальних закладах Тернопільської області, а деякі з них, крім того, в ЛОР-відділеннях Волинської, Житомирської, Закарпатської, Кіровоградської, Рівненської, Хмельницької обласних лікарень, Республіки Молдова. Що ж стосується впровадження наукових досліджень у навчальний процес, то ці дані до нинішнього часу не опубліковані. Наша робота присвячена цьому питанню.

Основна частина. Перші наукові розробки відносяться до 1958 р. і присвячені склеромі верхніх дихальних шляхів. Цим питанням детально займався асистент Є.І. Турович. Зокрема, ним

вивчались дихальні рухи і легеневий газообмін у хворих на склерому, запропоновано кисневу терапію хворим на склерому. Дослідження Є.І. Туровича знайшли відображення в його кандидатській дисертації [1].

З 1959 р. кандидат медичних наук О.А. Кантор почав розробляти проблему класичної тимпанопластики, запропонованої Вульштейном і Цельнером. Він був піонером впровадження тимпанопластики в Тернопільській обласній клінічній лікарні. На цю тему ним опубліковано ряд наукових статей, зокрема, стосовно мікрохірургічної обробки лабіринтних вікон при тимпанопластичі, а також гістоморфології цих парафенестральних утворень при хронічному гнійному середньому отиті. В подальшому класичну тимпанопластику розробляв лікар О.І. Яшан, який після захисту кандидатської дисертації [2] став асистентом кафедри.

Професор І.А. Яшан в 1969 р. розробив ощадливу тимпанопластику при хронічному мезотимпаніті. Результати його наукових досліджень опубліковані в багатьох наукових статтях і в монографії [3]. За темою ощадливої тимпанопластики на кафедрі виконано і захищено дві кандидатські дисертації: аспірант Г.С. Протасевич [4] і заочний аспірант Н.М. Ришко [5].

З 1960 р. асистент А.Ф. Масик почала дослі-

дження проблеми хронічного тонзиліту. Вона вивчала різні показники крові при цьому захворюванні: білковий склад крові, вміст антигіалуронідази і С-реактивного білка в сироватці крові, вміст антилейкоцитарних і антитромбоцитарних антитіл в сироватці крові, імунологічні показники сироватки крові, біохімічні зміни сироватки крові. Запропонувала застосування галаскорбіну при хронічному тонзиліті. За результатами наукових досліджень опублікувала кілька наукових робіт, захистила кандидатську дисертацію [6].

В подальшому проблемою хронічного тонзиліту займалися заочний аспірант Д.В. Береговий, професор І.А. Яшан, доцент Г.С. Протасевич, доцент П.В. Ковалик, аспірант Ю.М. Андрейчин. Так, Д.В. Береговий запропонував прополісно-воскову пасту для лікування хворих на хронічний тонзиліт шляхом введення її в лакуни піднебінних мигдаликів. З цього питання ним опубліковано ряд наукових робіт і захищено кандидатську дисертацію [7]. І.А. Яшан, Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, Ю.М. Андрейчин провели дослідження по застосуванню інгаляцій прополісу для лікування хворих після тонзилектомії. Результати проведеної роботи ними опубліковані в кількох наукових статтях.

Проблема хронічного верхньощелепного синуситу розроблялась з 1977 р. заочними аспірантами П.В. Коваликом і Є.М. Єдинаком. Так, П.В. Ковалик запропонував і розробив методику лікування хронічного верхньощелепного синуситу препаратами прополісу. Результати своїх досліджень він опублікував в ряді наукових робіт, захистив кандидатську дисертацію з цієї проблеми [8]. Є.М. Єдинак розробив питання примусової аерації верхньощелепних пазух в терапії хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, що знайшло відображення в багатьох його публікаціях і в кандидатській дисертації [9]. Крім того, І.А. Яшан, П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич опублікували наукові роботи про застосування метрогілу для лікування хронічного верхньощелепного синуситу.

З 1979 р. доцент Г.С. Протасевич розробляє проблему деформації перегородки носа. Вибір не випадковий і зумовлений не стільки частотою цієї патології, скільки впливом її на інші ЛОР-органи. Зокрема, ним запропонована клінічна класифікація деформації перегородки носа, ощадливі операції на перегородці при різних видах її деформації, вивчено вплив деформації перегородки носа на інші ЛОР-органи. Цінним дослідженням явилось вивчення можливості одночасного проведення різних

хірургічних втручань на ЛОР-органах при поєднанні деформації перегородки носа з іншою ЛОР-патологією. Зокрема, визначення хірургічної тактики при поєднанні деформації перегородки носа з гіпертрофією носових раковин, поліпозним синуситом, аденоїдними вегетаціями, хронічним тонзилітом. Матеріали наукових досліджень Г.С. Протасевича знайшли відображення в багаточисленних публікаціях і докторській дисертації [10].

З 1985 р. доцентом П.В. Коваликом проводяться дослідження з проблеми пухлин вуха. Зокрема, отримано нові дані щодо ранньої діагностики доброякісних і злоякісних новоутворень вуха. Розроблено нові доступи при оперативному видаленні пухлин вуха. Вперше розроблено методику реіннервації лицевого нерва, пошкодженого пухлинним процесом у вусі. Результати дослідження П.В. Ковалика опубліковані в багатьох наукових працях і трьох патентах України. За матеріалами виконаної роботи П.В. Коваликом захищена докторська дисертація [11].

З 1996 р. лікарем О.В. Говдюю проведені дослідження стосовно мікробної флори гортані при раку цієї локалізації. Результати досліджень О.В. Говди опубліковані в ряді наукових статей і в кандидатській дисертації [12].

Проблема консервативного лікування хронічного гнійного середнього отиту на кафедрі почала розроблятися з 1983 р. професором І.А. Яшаном, доцентом Г.С. Протасевичем, доцентом П.В. Коваликом. Ними запропонована методика застосування спиртового розчину прополісу для терапії хронічного гнійного мезотимпаніту. При цьому отримані добрі результати від місцевого застосування 20% спиртового розчину прополісу. За результатами досліджень опубліковано 2 наукові роботи.

З 1995 р. аспірантом Ю.М. Андрейчиним розробляється питання застосування кальцієвої форми фосфату целюлози в комплексній терапії гнійних середніх отитів. Розроблена методика лікування, отримані добрі результати. Матеріали проведених досліджень Ю.М. Андрейчина опубліковані в ряді наукових статей, захищена кандидатська дисертація [13].

Наукові розробки працівників кафедри оториноларингології впроваджені у навчальний процес для студентів 5 курсу медичного і 2 курсу медсестринського факультетів. Так, при викладанні склерому верхніх дихальних шляхів підкреслюється роль гіпоксії в генезі цього захворювання і необхідності застосування кисневої терапії при цьому. При

вивченні тимпаноластики підкреслюється необхідність обробки лабіринтних вікон при цій операції. Вказується на розроблені на кафедрі модифікації IV типу тимпаноластики за Вульштейном. Підкреслюються переваги ощадливої тимпаноластики. Ними є: нанесення мінімальної травми тканинам зовнішнього і середнього вуха під час операції, що дає змогу оперувати осіб похилого та старечого віку; легке перенесення хворими операції; швидке загоювання операційної рани; можливість оперувати хворих з змішаною приглухуватістю; добрі морфологічні і функціональні результати операції.

При викладанні теми хронічного тонзиліту вказується на ті зміни в крові, які настають при цьому захворюванні. Підкреслюється роль застосування галаскорбіну в післяопераційному лікуванні хворих після тонзилектомії. Вказується на протизапальну, протинабрякову, протибольову, стимулюючу властивості інгаляцій 5 % водно-спиртового розчину прополісу після тонзилектомії. Підкреслюються добрі лікувальні властивості прополісно-воскових паст при лікуванні хронічного тонзиліту. Вказується на переваги бджолиного воску як основи лікувальних паст перед парафіноювою основою.

При вивченні теми хронічного синуїту підкреслюється значення прополісу в лікуванні хронічного гнійного верхньощелепного синуїту різного етіологічного генезу (стрептококового, стафілококового, грибового та ін.). Вказується на роль примусової аерації верхньощелепних пазух в комплексному лікуванні хронічного верхньощелепного синуїту. Підкреслюється висока ефективність метрогілу при лікуванні хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт, який діє на аеробну і анаеробну мікробну флору.

При викладанні теми деформації перегородки носа вказується на те, що вивчення впливу деформації перегородки на різні ЛОР-органи дало змогу поставити це захворювання в центр всієї оториноларингологічної патології: деформація перегородки носа є причиною і сприяючим фактором у виникненні захворювань носової порожнини, приносних пазух, горла, гортані, середнього вуха. Відмічається, що проведені дослідження дали змогу виявити, що патологія інших ЛОР-органів, зумовлена деформацією перегородки носа, виникає не тільки від утруднення носового дихання при значній деформації перегородки, але і від рефлек-

торного впливу невеликих гребенів і шипів перегородки. Підкреслюється, що запропонована клінічна класифікація деформації перегородки носа за трьома ознаками (анатомічними змінами перегородки, ступенем деформації і функціональними здібностями носа) відображає суть даної патології, дозволяє практикуючому лікарю правильно сформулювати діагноз і вибрати тактику відносно методики хірургічного втручання. Підкреслюється, що запропоновані ощадливі методи хірургічних втручань на перегородці носа дозволяють індивідуально підходити до різних видів її деформації і вибрати метод операції найбільш доцільний в даній анатомічній ситуації. Вказується на різну хірургічну тактику стосовно черговості операцій на перегородці носа і інших ЛОР-органах при поєднаній ЛОР-патології. Впровадження в клінічну практику цих наукових досліджень дало змогу підвищити ефективність хірургічного лікування хворих на деформацію перегородки носа, скоротити термін післяопераційного лікування хворих в стаціонарі.

На занятті з теми пухлин ЛОР-органів вказується на критерії ранньої діагностики доброякісних і злоякісних пухлин вуха, нові доступи при оперативному їх видаленні. При вивченні раку гортані підкреслюється необхідність дослідження мікрофлори гортані при цьому захворюванні, що дає можливість застосувати після ларингектомії відповідні протизапальні засоби з метою профілактики гнійних ускладнень після цієї операції.

При викладанні теми хронічного гнійного середнього отиту підкреслюється висока ефективність застосування 20 % спиртового розчину прополісу і кальцієвої форми фосфату целюлози в комплексному лікуванні цього захворювання.

Висновки. 1. Результати наукових досліджень, що проводяться на кафедрі оториноларингології Тернопільської державної медичної академії ім. І. Я. Горбачевського з питань склероми верхніх дихальних шляхів, хронічного тонзиліту, тимпаноластики, деформації перегородки носа, хронічного гнійного верхньощелепного синуїту, пухлин вуха, раку гортані, хронічного гнійного середнього отиту, впроваджені у навчальний процес на цій кафедрі.

2. Впровадження у навчальний процес проведених на кафедрі досліджень дозволяє розширити кругозір студентів з цих питань, що має важливе значення для підготовки майбутнього лікаря загального профілю.

Література

1. Турович Е.И. Дыхательные движения и легочный газообмен у больных склеромой: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернополь, 1961. – Т.1. – 227 с.; Т.2. – 135 с.
2. Яшан О.І. Тимпанопластика IV типу: Клініко-аудіологічне дослідження: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернопіль, 1992. – 130 с.
3. Яшан И.А. Эндомеатальная тимпанопластика. – Киев: Здоров'я, 1982. – 96 с.
4. Протасевич Г.С. Исходы пластических операций при хроническом мезотимпаните: Диссертация .. канд. мед. наук. – Тернополь, 1972. – 264 с.
5. Ришко Н.М. Методика фиксации лоскута на рукоятке молоточка при тимпанопластике: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернополь, 1987. – 190 с.
6. Масик А.Ф. Некоторые иммунобиологические показатели крови у больных хроническим тонзиллитом: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернополь, 1967. – 286 с.
7. Береговой Д.В. Прополисно-восковая паста в лечении хронического тонзиллита: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернополь, 1988. – 180 с.
8. Ковалик П.В. Прополис в лечении больных хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернополь, 1981. – 163 с.
9. Единак Е.Н. Принудительная аэрация верхнечелюстных пазух в лечении больных хроническим гнойным гайморитом: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернополь, 1982. – 178 с.
10. Протасевич Г.С. Хирургическое лечение деформаций перегородки носа и сочетанная ЛОР-патология: Диссертация ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1995. – 374 с.
11. Ковалик П.В. Диагностика і лікування пухлин вуха: Клініко-морфометричне дослідження: Диссертация ... д-ра мед. наук. – Тернопіль, 1995. – 185 с.
12. Говда О.В. Профілактика гнійних ускладнень при лікуванні хворих на рак гортані: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернопіль, 2000. – 136 с.
13. Андрейчин Ю.М. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування кальцієвої форми фосфату целюлози в комплексній терапії гнійних середніх отитів: Диссертация ... канд. мед. наук. – Тернопіль, 1999. – 156 с.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 61(07.07)

ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ

Ε.Β. Εἰσαγωγή, Ζ.Δ. Ἰστορία, Ἰ.Ἰ. Νεοελληνισμός, Σ.Ι. Οἰκονομική, Ἰ.Ἰ. Ἑορτάζα, Ρ.Ἰ. Ἰστορία, Α.Ι. Δοκίμια, Ζ.Ν. Νεοελληνισμός, Α.Π. Οἰκονομική, Α.Ἰ. Οἰκονομική

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

LECTURE AT CLINICAL CHAIR

L.Ya. Kovalchuk, I.R. Mysula, M.M. Savula, S.I. Shkrobot, P.P. Kuziv, Yu.M. Polous, B.I. Rudyk, I.S. Smiyan, Ye.M. Starodub, A.Yu. Franchuk, V.O. Shidlovsky
Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Висвітлено різні аспекти творчої технології лекційного процесу в вищій медичній школі й ролі в ньому особистості лектора. Обговорено можливі шляхи оптимізації клінічної лекції, розглянуто методологічні особливості лекції для студентів та лікарів терапевтичного і хірургічного профілів.

Various aspects of creative technology of lecturing process in higher medical school and the lecturer's role in it were reviewed in the article. There were discussed the possible ways of clinical lecture optimization, methodological peculiarities of the lecture for students and physicians of therapeutic and surgical profiles.

Вступ. Впровадження якісно нової вищої навчальної освіти є одним із провідних напрямків реформування охорони здоров'я. Сучасні вимоги до підготовки висококваліфікованих, всебічно розвинутих, ерудованих медичних спеціалістів диктують необхідність вдосконалення та оптимізації навчального процесу.

І хоча вища медична школа в Україні поступово відходить від стандартних, уніфікованих форм навчально-виховної роботи, лекція в ній завжди була і сьогодні залишається найвищою формою викладання, основним та провідним методом навчання.

Лектор у вищому медичному навчальному закладі – це не вчене звання і не вчена ступінь, не професія і навіть не посада. Лектор – це перш за все професіонал, якому належить провідна роль у реформуванні сучасного лікаря.

У Тернопільській державній медичній академії постійно вдосконалюються технології лекційного процесу, вони систематично обговорюються на кафедральних, міжкафедральних, факультетських та загальноакадемічних методичних нарадах.

Міркування та рекомендації щодо підготовки клінічної лекції, її змісту, структури, якості, ролі особистості лектора, можливих аспектів удосконалення лекційної майстерності розглянуті в цій статті.

Основна частина. Клінічна лекція є органічною складовою частиною процесу підготовки лікарів. Вона – важливий чинник формування у студентів, лікарів-інтернів і курсантів знань, умінь і навичок, які потрібні для встановлення правильного діагнозу, планування адекватного лікування і профілактичних заходів. Клінічна лекція з конкретної дисципліни і теми повинна охоплювати все найважливіше, що необхідно знати слухачу для його майбутньої практичної діяльності й пробудити зацікавлення до самостійного пошуку, бажання знати глибше і вміти більше. Вона є важливим чинником формування у слухачів клінічного мислення, тобто розумової діяльності лікаря, що забезпечує найефективніше використання теоретичних знань і особистого досвіду для виконання діагностичних і терапевтичних завдань стосовно конкретного пацієнта [1, 2, 5].

Мета лекції і лекційного курсу – дати слухачам основні поняття з певного клінічного предмета і

вказати, в якому напрямку потрібно його вивчати детальніше. Тому лекція і лекційний курс у науковій та логічній послідовності охоплюють головні принципи і питання певного курсу, не перевантажують його деталями.

Структура лекції. Лекція складається зі вступу, основної та заключної частин.

Вступ. У вступній частині лектор називає тему лекції та її актуальність, дає чітке визначення відповідної хвороби, деякі історичні відомості про неї. Тут можуть бути наведені статистичні дані про поширеність захворювання, смертність від нього в області, Україні, світі, значення своєчасної діагностики і правильного лікування для прогнозу і долі хворого тощо. Лектор роз'яснює слухачам, наскільки актуальним є пізнання даної теми (захворювання) для лікарів різного профілю.

Звідси можна зробити висновок про пізню діагностику або неадекватне лікування, що стало причиною трагедії для хворого.

В основній частині лектор висвітлює сучасні уявлення про етіологію і патогенез захворювання, можливо, й про його патоморфологічний субстрат, які краще дозволяють зрозуміти суть хвороби та симптоми, якими вона проявляється.

Ці питання викладаються по-різному, залежно від підготовленості аудиторії. Якщо студенти вперше ознайомлюються з даним захворюванням, вказані питання бажано висвітлювати на початку основної частини лекції. Якщо ж лекція призначена студентам VI курсу або лікарям-курсантам, лектор може зупинитися лише на найновіших моментах чи роз'яснити патогенез захворювання в процесі розбору хворого.

Далі лектор зупиняється на клінічних симптомах, методах діагностики і лікування, які в підготовленій аудиторії також можуть бути розглянуті на прикладі хворого з пізнішими доповненнями про можливі інші варіанти перебігу і відповідні модифікації терапевтичної тактики. У лекції необхідно чітко сформулювати найбільш інформативні критерії діагностики даного захворювання, довести до аудиторії відомості як про класичні, так і про найновіші діагностичні методи (УЗД, комп'ютерну томографію, радіонуклідні, імунологічні, молекулярно-генетичні дослідження). Що стосується лікування, то потрібно навести стандартизовані схеми ВООЗ для даної нозологічної одиниці, зазначити необхідність їх поєднання з індивідуальним підходом до хворого, назвати критерії оцінки ефективності лікування, можливі ускладнення різних методів терапії.

Питання профілактики повинні займати належне місце під час розгляду будь-якого захворювання.

Розбір хворого – важливий момент клінічної лекції, проте не завжди він можливий і потрібний. Хворих доцільно демонструвати в тих випадках, коли слухачі мають можливість на прикладі пацієнта наочно побачити і почути те, що хоче донести до них лектор. Тому, наприклад, не завжди ефективна демонстрація пацієнтів із захворюваннями очей, гінекологічних хворих тощо. У цих випадках більш ефективна демонстрація слайдів, відеofilmів. Недоцільно проводити демонстрацію хворого, якщо аудиторія здалеку не зможе побачити патологічних змін. Значно кращі умови для цього виникають під час практичних занять чи клінічних обходів. Не потрібно поза межами клініки демонструвати інфекційних хворих, особливо у важкому стані (наприклад, під час шоку).

У зв'язку з тим, що часто лекції на однакову тему читаються студентам різних курсів (наприклад, кафедрами пропедевтичної, факультетської чи шпитальної терапії), їх зміст і особливості представлення аудиторії необхідно ретельно узгодити на міжкафедральних нарадах або засіданнях циклових методичних комісій.

У заключній частині лектор підводить підсумок, вказує на не вирішені проблеми, можливі напрямки подальших досліджень, рекомендовану літературу (монографії, посібники, журнальні публікації, методичні рекомендації), відповідає на запитання слухачів. Відповіді повинні бути конкретними, змістовними, лаконічними.

Виховне значення лекції. Під час читання лекції викладач безпосередньо впливає своєю особистістю на аудиторію. Студенти реагують на його поведінку, ставлення до слухачів і хворих, які демонструються. Приклади з лікарської практики (як успіхи, так і невдачі) та їх оцінка лектором також сприяють виробленню у студентів певних морально-етичних якостей, почуття обов'язку, співчуття до хворої людини, формуванню основних деонтологічних норм поведінки.

Розповіді про досягнення вітчизняної науки, видатних учених, самовідданих лікарів мають важливе виховне значення. Знайомство з науковими напрямками академії, успіхами вчителів і колишніх випускників сприяють виробленню у студентів почуття гордості за свій навчальний заклад [6].

Стиль і манера лектора. Лектор, який читає клінічну лекцію повинен бути в чистому халаті, акуратному одязі. Зайшовши в аудиторію, він зобов'

язаний привітатися зі слухачами. Мова лекції повинна бути чіткою, виразною, літературною, без спрощень, вульгаризму. Тон лектора – приязним, доброзичливим стосовно слухачів і, особливо, хворого, який демонструється. Недопустимими є нотки зверхності відносно студентів, але необхідно дотримуватись субординації. Голос лектора повинен бути достатньо ручним, але некрикливим, з відповідними інтонаціями і паузами. Дуже важливо, щоб лекція не читалася монотонним нудним голосом. Темп залежить від змісту матеріалу; основні положення, які потрібні для розуміння суті теми, необхідно розповідати правильно, можливо, іноді з повтореннями, щоб слухачі могли їх законспектувати, тим самим підкреслюючи їх важливість. Проте лекцію не слід перетворювати в диктант. Не бажано, щоб упродовж усієї лекції лектор без руху стояв за кафедрою, але й не потрібно ходити вперед і назад. Певні положення можна в міру підкреслювати відповідними жестами (але не розмахувати руками), мімікою. Необхідно чітко пояснювати таблиці, слайди, що демонструються, показувати ті зміни, які повинен на них побачити слухач [7].

Лектор повинен досконало володіти матеріалом, може користуватися тезами, планом, конспектом лекції, проте недопустимим є невідривне читання заготовленого тексту.

Демонстрація (клінічний розбір) хворого – важлива складова частина клінічної лекції, її мета – дати студентам медичні знання, потрібні для розпізнавання, лікування і профілактики певних захворювань та їх ускладнень. Не менш важливим є наочний урок, що стосується ставлення лікаря до хворого. Слухачі мають можливість особисто прослідкувати за наставником: як він спілкується з пацієнтом, аналізує результати об'єктивного обстеження, додаткові методи дослідження і, нарешті, “думає вголос”, зіставляючи симптоми у синдроми, проводить диференціацію, встановлює клінічний діагноз і складає план лікування. У практичній діяльності, в процесі діагностики звичайно, складається ситуація, коли лікар повинен активно знаходити інформацію, якої не вистачає, з іншого боку – відкидати непотрібну, яка може стати навіть перешкодою для встановлення правильного діагнозу. Цього мистецтва повинен навчити лектор слухачів.

Слід зазначити, що демонструвати хворого можна в добре освітленій, теплій аудиторії і лише за згодою пацієнта, детально познайомившись з ним та історією його захворювання. Відбір хворого за-

лежить від теми лекції і підготовленості аудиторії. При читанні клінічної лекції лікарям-курсантам бажано демонструвати хворих, особливо складних, у діагностичному або терапевтичному плані, коли лектор має можливість продемонструвати свою професійну майстерність. Якщо в клініці, яка є базою факультету вдосконалення лікарів, систематично проводяться клінічні розбори хворих на клінічних конференціях, демонстрація хворого на лекції не обов'язкова. Залежно від підготовленості аудиторії, розбір хворого можна проводити на початку лекції (на старших курсах, лікарям) або в процесі її читання, для підтвердження викладених раніше положень. Вихідні дані про пацієнта доповідають сам лектор, клінічний ординатор, субординатор або лікар-інтерн після детального ознайомлення з ним і узгодження з лектором: що потрібно говорити в присутності хворого, а що ні, щоб не нанести пацієнтові психічної травми.

Роздягати хворого (особливо жінку) в присутності аудиторії, а також проводити обстеження, студенти повинні лише за його попередньою згодою і лише в тому випадку, коли аудиторія зможе побачити ті зміни, які допомагають у діагностиці. Щодо хірургічних спеціальностей, то корисно демонструвати хворих у доопераційний і післяопераційний періоди, зупинитися на технічних особливостях операції, можливих її ускладненнях.

Результати аналізів, рентгенологічних, функціональних досліджень показують слухачам після виходу хворого з аудиторії. Більш результативним є їх демонстрація на екрані, ніж зачитування висновків відповідних спеціалістів. При подальшому обговоренні хворого лектор може розглянути питання про діагностичну цінність цих методів, патогенетичні особливості даного випадку й обґрунтувати індивідуальний план лікування. Залежно від конкретної теми лекції, демонструють одного або декількох хворих. У процесі обговорення історії хвороби лектор може звертатись з короткими запитаннями до аудиторії, проте не перетворювати її в “круглий стіл”.

Дуже важливе в процесі демонстрації хворого уважне, приязне ставлення до лектора і слухачів. Такий розбір повинен бути наочною демонстрацією деонтологічної поведінки лікаря.

Ілюстративний матеріал. Велике значення для ефективного сприйняття лекційного матеріалу мають наочні засоби [3, 4]. Вони можуть бути представлені діапозитивами, кодограмами, відеофільмами, таблицями. Демонстрація з розбором те-

матичного хворого є важливим наочним моментом у клінічній лекції. Не можна забувати і про доцільність використання дошки та крейди для запису нових термінів, доз препаратів, дат, цифр, імен учених тощо. На звичайній дошці із застосуванням білої або кольорової крейди можна відобразити різні процеси в динаміці: розсмоктування інфільтратів у легенях або їх прогресування, утворення порожнини розпаду, подальше поширення інфекції по бронхіальному дереву тощо. Не варто повністю відмовитися і від навчальних таблиць на користь слайдів. Кожен з цих наочних засобів має свої переваги і недоліки: слайди технічно досконаліші, їх можна збільшити або зменшити, їх недолік – короткотривалість демонстрації. Тому відомості, які слухач повинен використовувати протягом тривалого часу (наприклад, класифікація захворювання, якому присвячена лекція), можна представляти у вигляді таблиці. Відеофільми відіграють важливу роль, коли виникає необхідність показати процес у динаміці (наприклад, хід операції) або немає можливості продемонструвати хворого.

Лекція і підручник. Підручник і клінічна лекція мають одну мету – повноцінну підготовку сучасного лікаря. Клінічна лекція не є альтернативою підручника, як і підручник не виключає необхідності лекції. Вони органічно себе доповнюють. Вважається, що лекція є провідним методом викладання у вищій школі. Вона не лише доносить до слухача основну інформацію з конкретної клінічної дисципліни, але дає можливість лектору особисто впливати на аудиторію, виховувати у слухачів певні моральні якості, деонтологічні принципи поведінки. Під час лекції можна наочно показати хід думок і міркувань викладача в діагностичному процесі, демонструючи хворого. Крім того, лектор має можливість донести до слухачів результати найновіших наукових досліджень, нові методи діагностики, лікування. Від моменту написання підручника до його виходу в світ проходить іноді декілька років, нове його видання з'являється не частіше як через 5 років, а тому деякі положення, викладені в ньому, можуть бути вже застарілими.

Проте підручник має свої переваги. Студент чи лікар може ним користуватися в будь-який момент. У ньому систематично викладаються класичні, фундаментальні, перевірені часом положення з відповідної клінічної дисципліни, яких не може обминути у своїй лекції викладач.

Тому в лекції неминуче будуть повторюватись основні моменти, представлені в підручнику, але

доповнені найновішими даними, особистими поглядами лектора, не вирішеними проблемами, які повинні зацікавити слухачів і стимулювати їх самостійну пізнавальну діяльність.

Великий вплив слухачів під час лекції має демонстрація фрагментів відеофільмів або компакт-дисків, на яких представлено методи обстеження діагностики чи лікування хворого. У Тернопільській медакадемії розпочали створення спеціальних лекційних компакт-дисків.

Зацікавлення аудиторії, дисципліна. Ці два моменти тісно взаємопов'язані. Дисципліна, звичайно, добра у тих слухачів, які зацікавлені предметом. В аудиторії лікарів-курсантів, які стикалися з проблемами щоденної лікарської практики, зацікавленість більша, тому й дисципліна переважно добра.

Найважливішою умовою зацікавленості студентів є відповідна мотивація: бажання стати добрим лікарем чи певним фахівцем, пізнати нове, отримати добру оцінку, повага до лектора, його авторитет і, звичайно, якість читання лекції, доступність її для слухачів.

Для зацікавлення аудиторії велике значення мають приклади з лікарської практики, які показують трагічні наслідки неправильної діагностики або терапевтичної тактики (у цьому плані в медицині незнання рівноцінне злочину) і, навпаки, можливість лікаря допомогти хворій людині в найбільш критичній ситуації. Лектор повинен розповідати слухачам не лише про свої професійні успіхи, але й про помилки з детальним їх аналізом. Чесність стосовно своїх учнів є однією з умов авторитету вчителя.

Розповіді про історію хвороби знаменитих людей минулого, зачитування коротких фрагментів літературних творів лікарів-письменників аудиторія завжди сприймає із захопленням. Цікавими для студентів і курсантів є розповіді лектора про наукові дослідження кафедри, їх результати, можливі перспективи, про роботу студентського гуртка. Елементи проблемності також сприяють активізації аудиторії: висвітлення нової наукової проблеми, недостатньо вивчених питань, створення в процесі викладання матеріалу проблемної ситуації, клінічної ситуаційної задачі, яку пропонується розв'язати слухачам тощо. Найпопулярнішим способом у клінічній лекції є залучення студентів до процесу встановлення діагнозу і вибору терапевтичної тактики під час розбору хворого. Вдало підібраний ілюстративний матеріал (слайди, відеофільми тощо) також зацікавлює студентів.

Важливим стимулом до засвоєння певних знань є також бажання студента скласти екзамен, отримати добру або відмінну оцінку. На жаль, у нас поки що відсутня така важлива мотивація, популярна за кордоном, як можливість отримати кращу посаду при відмінній успішності у навчальному закладі.

Серед студентів є багато таких, які мало зацікавлені тими знаннями, які їм пропонують на лекціях. Вони не уважні й заважають іншим слухачам. Першою умовою для підтримання хорошої поведінки на лекції є дисциплінованість самого лектора: він повинен починати й закінчувати лекцію точно в призначений час. Затримка студентів, щоб розказати “щось важливе”, ніякого ефекту не дає. Не бажано допускати студентів, які запізнилися, бо це, як правило, трапляється систематично.

Якщо лектор помічає, що увага аудиторії знижується, корисно зробити невеликий відступ, можливо, навіть комічного змісту, який пов'язаний із загальним напрямком лекції. Якщо в аудиторії стає шумно, деколи кращий ефект дає не суворе звер-

нення до порушників дисципліни, а уважний погляд лектора та припинення на короткий час лекції.

Методом активації уваги слухачів і підтримки дисципліни можуть бути питання з теми на лекції, на які пропонується відповісти коротко в письмовій формі в кінці лекції. Це допомагає одночасно перевірити присутність студентів на лекції.

На завершення хочеться зазначити, що лекція є результатом індивідуальної творчості кожного лектора і дані поради орієнтовні. Кожний лектор має право вносити свої оригінальні елементи в читання лекції, які могли б підвищити їх ефективність, донести до своїх учнів професійні знання і вміння, виховати належні моральні якості, які лікарю потрібні більшою мірою, ніж іншим фахівцям.

Висновок. Лекційна творчість – це складний, багатогранний і багатокомпонентний процес. Методичні поради, запропоновані колективом авторів, повністю не розкривають усі аспекти такого індивідуально неповторного, унікального педагогічного явища, як клінічна лекція, проте можуть бути рекомендовані для її підготовки та проведення.

Література

1. Вітенко І.С. Деякі психолого-педагогічні аспекти реформи медичної освіти // Тези доп. навч.-метод. конф. “Розробка та впровадження в процес підготовки медичних кадрів сучасних технологій навчання”. – Київ-Тернопіль, 1992. – С. 35-36.

2. Кретень В.Г. Педагогічна наука і час методологічної рефлексії // Педагог і психолог. – 1998. – № 2. – С. 9-15.

3. Куракин Н.П., Чатов А.М., Соболев О.Г. Использование технических средств в учебном процессе // Вопросы педагогики и психологии высшей медицинской школы. – Киев: Высшая школа, 1989. – С. 142-144.

4. Падалка О.С., Нісімчук А.М. Педагогічні технології. – К.: Українська енциклопедія, 1995. – С. 15-18.

5. Райцес В.С. Роль учебной лекции в активизации самостоятельной работы студентов // Научно-медицинские аспекты физиологии. – Львов, 1989. – С. 43-46.

6. Косарев Ю.П. Психолого-педагогические принципы применения оптимальных методов обучения студентов в медицинском вузе: Сб. науч. тр. – М., 1986. – 126 с.

7. Шантуров А.Г. Клиническая лекция. – Иркутск, 1990. – 206 с.

УДК 61(07.07)

ЛЕКЦІЯ НА ТЕОРЕТИЧНІЙ КАФЕДРІ

І.Р. Мисула, Я.І. Гонський, І.О. Ситник, та ін., 2001

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

LECTURE AT THEORETICAL CHAIR

I.R. Mysula, V.V. Faifura, Ya.I. Honsky,
I.O. Sytnyk, M.P. Skakun

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

На теоретичній кафедрі лекції належить вирішальна роль у передачі навчальної інформації. У поєднанні з новітнім технічним забезпеченням вона не втратить своєї пріоритетної ролі у найближчому майбутньому. У статті висвітлені питання, що стосуються функцій вузівської лекції, її підготовки, структури і дидактичних принципів побудови. Звернута увага на важливе значення уявлень на лекції. Викладена думка щодо місця і ролі проблемних лекцій на теоретичних кафедрах.

Lecture plays a decisive role in the transmission of educational information. Combined with modern technical providing it won't lose its priority role in the nearest future. The article reviews the problems dealing with the functions of lecture, its preparation, structure and didactical principles of structure. A great attention is paid to the important role of visual means at the lecture. The idea concerning the place and role of problematic lectures at the theoretical chairs is presented.

Вступ. З усіх видів навчальної діяльності на теоретичній кафедрі медичного вузу провідними вважаються два – лекція і практичне заняття.

Лекція закладає підвалини наукових знань, підводить теоретичну базу під кожний розділ, що підлягає вивченню, знайомить студентів з методологією дослідження та пізнання, спрямовує їх діяльність на опанування фундаментальних основ і прикладних аспектів академічного предмета.

Практичне заняття дає можливість самостійно отримати наукову інформацію і на основі теоретичних знань піддати її ґрунтовній інтерпретації. Взаємозв'язок між цими двома видами навчальної діяльності – лекцією і практичним заняттям – нерозривний і очевидний. Легко помітити, що без лекції, прочитаної напередодні практичного заняття, ефективність самостійної роботи студентів нижча. Тому при оптимальній побудові навчального процесу лекції повинні випереджувати практичні заняття, а відвідування лекцій студентами повинно бути обов'язковим, і наша думка в цьому відношенні збігається з думкою викладачів інших вузів [1].

Повноцінну лекцію не можна замінити жодним підручником. Безпосереднє спілкування зі студентською аудиторією дозволяє лектору викладати навчальний матеріал з різних точок зору, зіставляти наукові погляди, концепції, методики, тобто висловлювати власну позицію, навіть якщо вона не співпадає з загальноприйнятими уявленнями або з матеріалом підручника. Принциповість і самостійність лектора у викладі програмного матеріалу, формування власних думок більше приваблює студентську аудиторію, ніж просте повторення відомих істин.

Основна частина. *Функції лекції* різноманітні – орієнтаційна, інформаційна, методична, виховна.

Орієнтаційна функція зводиться до створення у студентів загального уявлення про предмет, наукові традиції кафедри, діяльність студентського наукового гуртка. Ці дані, як правило, входять складовою частиною у вступну лекцію. Викладаючи матеріал конкретної теми, лектор орієнтує студентів щодо форм вивчення її у майбутньому (практичне заняття, самостійна робота).

Інформаційна функція полягає у передачі студентам відібраного навчального матеріалу згідно з типовою і робочою програмами. У такий спосіб відбувається формування у студентів цілісної сис-

теми знань, які підлягають засвоєнню. Разом з тим, лектор усуває розрив між текстом підручника і досягненнями науки. Оперативна передача найновішої інформації – це незаперечна перевага лекції. Практичні заняття завжди відставатимуть від швидкого розвитку науки. Перебудова лабораторного практикуму – трудомісткий процес, пов'язаний з опануванням нових методик в умовах дефіциту технічних засобів, реактивів, людей і часу. Тому за лекцією і в майбутньому збережеться пріоритет щодо впровадження в навчальний процес нових наукових досягнень.

Методична функція лекції – це комплекс заходів, спрямованих на засвоєння студентами курсу дисципліни і окремих тем, та керівництво наступною самостійною роботою студентів. Живе слово викладача об'єднує, координує, націлює пізнавальну активність студентів на опанування ключових питань теорії і практики.

Виховна роль лекції здійснюється усією атрибутикою спілкування із студентами. Охайний зовнішній вигляд лектора, вишукана мова, образність думки, влучні метафори, дисциплінованість, манера поведінки – всі ці та багато інших рис і звичок лектора обов'язково доповнюють враження від змісту лекції і залишають позитивний або негативний слід у свідомості студентів.

Підготовка лекції включає декілька етапів. Насамперед, це відбір матеріалу. Критеріями відбору повинні служити такі документи: стабільна програма, тематичний план і затверджений МОЗ України (або загальнонавчальний) підручник. Істотний відступ від програми не може бути виправданий ніякими мотивами – ні багаторічним педагогічним досвідом, ні широким світоглядом, ані обсягом накопичених на кафедрі наукових знань. Тематичний план лекцій повинен будуватися так, щоб лекційний курс максимально повно охоплював найважливіші теми в межах відведених академічних годин. Робоча програма виступає не лише як документ, що регламентує обсяг лекційного курсу, але й як фактор, що дисциплінує лектора у відборі навчального матеріалу.

Що саме треба відбирати?

Кістяком лекції повинен стати базовий, відфільтрований часом, матеріал підручників і авторитетних навчальних посібників, який відображає сучасний теоретичний рівень пізнання конкретної теми. Без такої надійної опори лекція віддаватиме педагогічним авантюризмом. Переповнена не цілком перевіреними фактами та узагальненнями вона, зара-

ди дешевого зовнішнього ефекту, втратить внутрішню цінність як джерело професійно орієнтованої інформації.

Наступний компонент навчального матеріалу, що відбирається для лекції – найновіші фактичні дані і концепції, почерпнуті з монографій, журнальних статей, повідомлень на конференціях. У зв'язку з цим виникає не просте питання: у якому співвідношенні подавати базовий матеріал і новинки останнього часу? Досвідчені лектори проявляють тут велику обережність і навіть здоровий скептицизм. Те, що за змістом лекція повинна йти в ногу з новітніми досягненнями науки, не підлягає сумніву. Але так само незаперечно, що ці компоненти лекції, якими б вони не були захоплюючими, ефективними, нарешті – модними, не повинні витіснити фундаментальний, базовий компонент, оскільки від цього буде не стільки користі, скільки шкоди. Більше того, нова інформація часто буває тимчасовою і через рік-два справедливо губиться в лавиноподібному інформаційному потоці. Отже, від досвідченості лектора залежить, що саме і в якому об'ємі вилучити з лекції як застаріле, а що включити в неї як нове і перспективне. І чим довший лекційний стаж викладача, тим прискіпливіше він ставиться до таких замінів.

Теоретичний матеріал краще сприймається, якщо його ілюструвати прикладами. Тому важливо підібрати їх заздалегідь і навіть у надлишковій кількості, щоб під час лекції своєчасно і без затримки вклинити їх у теоретичну канву. Такі приклади повинні відзначатися показовістю, зрозумілістю і водночас професійною спрямованістю. Мета цього прийому – підсилити практичну орієнтацію лекції, викликати зацікавлення у студентів і тим самим мобілізувати їх пізнавальну активність. Ретельний відбір прикладів корисний під час підготовки до кожної лекції, але насамперед у тих випадках, коли згідно з планом передбачається виклад завідомо важкого або сухого навчального матеріалу.

Постійні спокуси для лектора підносять історія предмета, як правило, досить багата на цікаві і повчальні факти. Коли виходити з економії часу, то історичні екскурси в цілому слід визнати нецільними. Їх треба винести на самостійне опрацювання. З історії можна взяти лише ті події, які стали етапними у розвитку науки.

Не слід забувати і про виховний аспект лекції. При можливості в неї варто включити дані про внесок вітчизняних вчених у формування наукових уявлень або розробку проблем прикладного харак-

теру. Національно-патріотичний аспект лекції з медико-біологічної дисципліни слід розглядати, на нашу думку, лише як доречне доповнення до її основного змісту, а не як самоціль, що беззастережно домінує над усіма іншими елементами лекції.

Досить привабливо виглядає вкраплення в текст лекції результатів наукової роботи кафедри. Цей прийом робить виклад свіжим і водночас підносить авторитет лектора. Але впровадження власних досліджень у лекційну практику ні в якому разі не повинно бути штучним, зробленим з міркувань амбітності. Близькість тематики – не головний аргумент для наповнення лекції науковими здобутками кафедри. Залучення кафедрального матеріалу виправдане лише тоді, коли лектор у такий спосіб має намір дати самостійне тлумачення фактів і явищ, які обговорюються на лекції. Деяке значення має цей прийом для активізації сприймання лекції студентами.

Ще одне питання, яке виникає при підготовці до лекції – чи варто вмонтовувати у її текст відомості, отримані на попередніх кафедрах, а якщо варто, то в якій формі і в якому об'ємі допустиме таке повторення? Іншими словами, мова тут іде про інтеграцію навчання по вертикалі. Вважаємо, що в абсолютній більшості випадків спеціально виділяти час на такі екскурси нема необхідності. Інформацію з інших кафедр краще вводити для пояснення окремих положень власної лекції за ходом викладу основного матеріалу і то лише в тому разі, коли є сподівання, що затрачений час окупиться глибшим і надійнішим сприйняттям навчального матеріалу студентською аудиторією. Такі теми можна спрогнозувати завчасно, виходячи з лекційної практики минулих років.

Написання конспекту або повного тексту – наступний етап підготовки лекції. Відносно того, що краще – конспект чи текст, єдиної думки не існує. Якщо проти конспекту не виступає ніхто, то проти тексту є заперечення. Вони зводяться до того, що текст сковує лектора, в той час як конспект надає більше можливостей для вільного викладу думок та імпровізацій. Але є й протилежна точка зору, згідно з якою для початкуючого лектора краще мати повний текст і лише згодом, з накопиченням досвіду, замінити його конспектом. Ми, як і фахівці з вузівської педагогіки [2], надаємо перевагу повним текстам лекцій. Їх написання вимагає глибокого проникнення в суть проблеми, шліфує мову, відточує формулювання. Словом, лекційний текст піддається належному смислово-мовному

оформленню. Інша справа, що лектор не повинен читати цей текст перед студентською аудиторією, він потрібен лише на етапі підготовки до лекції.

Що ж стосується конспекту, то він ніколи не завадить і досвідченому лекторові. Конспект дисциплінує і не дозволяє відхилятися від програмного матеріалу. Згодом його можна замінити ще коротшим планом. Доцільно, щоб конспект або план знаходилися перед очима лектора. У них можна спокійно зазирати з метою контролю послідовності викладу окремих фрагментів та дотримання часових рамок.

Для лектора-початківця дуже важливо прослухати лекцію досвідченого колеги і цим значною мірою полегшити підготовку до власної. Цей захід допомагає як у побудові лекції, так і в манері читання її. З другого боку, лектори із стажем, побувавши на лекції молодого викладача, можуть висловити йому низку слушних доброзичливих порад, які стануть корисними при подальшому шліфуванні лекції. Взаємовідвідування – дуже ефективний засіб підвищення лекторської майстерності.

В літературі аналізується і такий засіб підготовки до лекції, як домашня репетиція. Відомо, що навіть видатні лектори прочитували лекцію вдома, відпрацьовуючи голос, міміку, жести, намагаючись оптимально поєднати зміст лекції з її зовнішнім оформленням. Щоб переконати у доцільності домашньої репетиції, цитують відому фразу Цицерона: “Поетами народжуються, ораторами стають”. Що можна сказати з цього приводу? Очевидно, читати лекцію перед дзеркалом – це все-таки вдаватися до крайнощів, але подумки прокрутити декілька разів її зміст за текстом чи конспектом та ще під контролем годинника справді доцільно і молодому, і досвідченому викладачеві. Це завжди робить виклад матеріалу логічнішим, стрункішим, допомагає відчувати плин часу.

Безпосередньо перед лекцією викладачу потрібен якийсь короткий час, щоб зосередитись, ще раз пройтись по матеріалу, охопити його як ціле, зробити акценти на найважливіших положеннях. Лектор повинен заздалегідь вмонтуватися в атмосферу студентської аудиторії і почувати себе вільно перед слухачами. Вкрай важливо, щоб у цей час його не відволікали службовими справами. Спокійне обдумування матеріалу перед початком лекції – запорука такої ж спокійної і впевненої поведінки лектора під час лекції. На жаль, дотриматись цього принципу не завжди вдається, нерідко останні хвилини перед лекцією супроводжуються нервозністю

і поспішністю. Вони накладають негативний відбиток на душевний стан лектора і безперечно помічаються студентською аудиторією.

Структура лекції. Лекція на теоретичній кафедрі складається з трьох частин: вступу, основного розділу і заключної частини. У вступній частині формулюють, насамперед, тему і мету. Важливо також подати мотивацію теми. Студент повинен зрозуміти доцільність вивчення матеріалу лекції для його наступної освіти і практичної роботи. Якщо чітко, з позицій майбутньої фахової діяльності сформулювати мету, то вдається зразу ж заволодіти аудиторією. А це має першочергове значення для всього наступного ходу лекції. Практично, доля лекції – успіх чи невдача – вирішується протягом перших 10 хв. В разі невдалого початку, лектор приречений до кінця боротися з аудиторією, відволікаючись від основного викладу.

Дуже ретельно слід підійти до побудови вступної лекції на початку лекційного курсу. Черговий контингент студентів, який тільки-тільки прийшов на кафедру, прискіпливо і насторожено ставиться до нового лектора, вивчає його сильні і слабкі сторони. Кожний досвідчений лектор має, звичайно, власний, роками апробований арсенал засобів, щоб зламати цю настороженість та недовіру і заволодіти аудиторією. Тут можна використати такі засоби, як емоційний початок, захоплюючий випадок із власного досвіду, парадоксальний факт, неординарна лексика, несподіване порівняння, доречна цитата і т.ін. Перелік їх можна значно розширити, проте слід пам'ятати, що не всі, а лише деякі з цих педагогічних прийомів звучатимуть переконливо з уст конкретного лектора. Відфільтрувати їх – це вже справа його досвіду і майстерності. Та й користуватись ними треба продумано – без шкоди для змісту і не опускаючись на позиції дешевої популярності.

Основна частина – це по суті ядро лекції, це ті знання, які стануть базою для вивчення клінічних дисциплін. Вони повинні відзначатися науковою фундаментальністю і водночас подаватися на такому рівні, щоб їх зміст сприйняла аудиторія. Поєднати ці вимоги далеко не просто.

Заключна частина лекції несе не тільки смислове, а й організуюче навантаження. Вона орієнтує студентів на майбутню самостійну роботу. Крім узагальнень щодо прочитаної теми, доцільно вказати основні напрямки самостійного опанування її, шляхи підготовки до практичних занять. Якщо тема розрахована на 2-3 лекції, то в кожній попередній необхідно закласти основи наступної. Можна на-

звати 1-2 найважливіших монографії для самостійного вивчення.

Дидактичні принципи лекції. Три головні параметри характеризують вдало побудовану лекцію – науковість, доступність, систематичність [3, 4].

Науковість. І за змістом, і за формою лекція повинна бути науковою, під цим розуміють подачу достовірних положень на основі сучасних досягнень науки. Іншими словами, це відповідність змісту лекції (як і викладання в цілому) сучасним уявленням про предмет викладання. Цей принцип відносний. Ступінь науковості не однаковий для різних аудиторій. Те, що легко сприймається спеціалістами у вузькій галузі знань, може бути не цілком зрозумілим студентам, а коли говорити про деталі – то навіть спеціалістам суміжних галузей. Тому корисно оцінити аудиторію з точки зору можливостей сприймання нею навчального матеріалу різного рівня науковості. Не шкодить зібрати такі дані з попередніх кафедр. Проте, слід враховувати і той факт, що в процесі опанування курсу дисципліни рівень сприймання буде підвищуватися, що даватиме можливість лектору вільніше оперувати фактами, теоріями, термінами і таким чином підвищувати науковість лекції. Необхідно прагнути читати лекції на максимальному для даної аудиторії рівні науковості, який ще не завдає шкоди доступності. За нижній рівень оцінки підготовленості аудиторії слід брати, принаймні, можливості середніх студентів, але ні в якому разі не відстаючих. Лекція у вищому навчальному закладі не може набирати науково-популярної форми.

Принцип науковості передбачає висвітлення таких питань, як динаміка розвитку науки, боротьба наукових напрямків, методичні підходи до розв'язання основоположних проблем, об'єктивний аналіз неоднозначності поглядів на їх суть, внесок вітчизняних дослідників у їх розв'язання. За браком часу зробити це не завжди вдається. Але, з другого боку, такий науковий і порівняльний підхід бажаний лише при викладі одного-двох кардинальних питань теми, та й то у тому разі, якщо сучасне трактування процесу чи факту не сприймається без історичного огляду.

Науковість – це ще й переконливість положень лекції, їх доказовість, причому аргументами не можуть служити особисті симпатії чи антипатії лектора стосовно певних поглядів чи їх авторів. Категоричність і безапеляційність, якщо вони не базуються на твердій науковій основі, взагалі не повинні залучатися для переконання студентської аудиторії.

Принцип науковості охоплює і такі поняття, як точність формулювань, послідовність викладу, наявність логічних зв'язків між окремими компонентами лекції, чіткість і стислість заключних положень. Без глибокого попереднього осмислення змісту лекції реалізувати цей принцип важко. Він вимагає ґрунтовної підготовки.

Доступність. Уже було сказано, що навчальний матеріал за змістом повинен бути зрозумілим студентам, складність його не повинна виходити за рамки можливостей сприйняття аудиторією. Тобто складність лекції повинна бути адекватною підготовці студентів на попередніх кафедрах. Але такий підхід загрожує першому принципу – науковості. Майстерність лектора полягає в тому, щоб, балансує між науковістю і доступністю, прочитати лекцію максимально дохідливо, але водночас на максимально високому науковому рівні. Це ще раз підкреслює доцільність попереднього з'ясування рівня студентської аудиторії, наприклад, шляхом застосування тестового контролю базового рівня знань. А взагалі рівень студентської аудиторії сам по собі з'ясовується через дві-три лекції.

Знання підготовленості аудиторії необхідне тільки для забезпечення доступності лекції, але зовсім не для того, щоб самовільно відхилитися від навчальної програми. Спрощення робочої програми, порівняно з типовою, недопустиме. Надмірне ускладнення її також не бажане. Для всіх студентів програма повинна бути єдиною. Якщо для когось із студентів опанування її викликає затруднення, це лише вказує на необхідність більш інтенсивної самостійної роботи студента і додаткової індивідуальної допомоги з боку викладача. Нижчий від бажаного рівень аудиторії не дає права обходити складні питання. Доступність не повинна даватися ціною загального зниження науковості лекції.

Дохідливість лекції значною мірою залежить від способу подачі навчального матеріалу. Загальні правила такі – від легкого до важкого, від відомого до невідомого, від простого до складного. Разом усі ці правила визначають поступовість навчання. Нові знання можуть накопичуватися лише на базі раніше засвоєних і в найтіснішому логічному зв'язку з ними. Найважливіші положення краще подавати в першій половині лекції. Нові терміни, а також прізвища дослідників доцільно записувати на дошці. Лекція, звичайно, повинна читатися в ритмі, достатньому, щоб законспектувати основні положення. Для підтримання аудиторії в робочому тонусі варто час від часу зміню-

вати темп викладу, тембр голосу, розставляти акценти на вузлових питаннях. Щоб виявити рівень сприйняття матеріалу, доцільно зрідка звертатися до аудиторії з конкретним запитанням із прочитаного матеріалу, особливо якщо він завідомо важкий для розуміння. У випадку негативної відповіді треба ще раз повторити матеріал, пояснюючи незасвоєні місця.

Систематичність. Лекція повинна бути побудованою розумно, тобто являти собою не безладне накопичення окремих фактів, положень, гіпотез, висновків, а цілісний комплекс логічно пов'язаних між собою компонентів, оскільки кожна система опирається на логіку. Логічність викладу матеріалу формує певну систему сприймання і мислення слухача. Принцип систематичності включає декілька правил, дотримання яких обов'язкове. Новий матеріал повинен вводитися в лекцію на базі засвоєного раніше, нове положення повинно впливати з уже відомих фактів або теоретичних узагальнень. Висновки слід робити після того, як будуть доведені до аудиторії фактичні дані, з яких вони випливають. Конкретні знання легше сприймаються студентами, тому абстракції повинні нашаровуватися на факти, а не навпаки. Складність матеріалу слід підвищувати поступово, не створюючи прогалин у логічному ланцюгу пізнання процесу.

Кожна лекція повинна являти собою завершений розділ курсу дисципліни із завчасно визначеним порядком питань, що підлягають розгляду. Дуже важливо, щоб лекція була пронизана єдиною провідною ідеєю, на яку нанизуються деталі. Систематичності лекції сприяє красиве організаційне оформлення її.

Простим і зручним прийомом, який сприяє систематичності викладу, є подача плану на початку лекції. Розподіл матеріалу на окремі підрозділи полегшує читання лекції і сприймання її студентами. Цей прийом дисциплінує і лектора, і студентів, він надає лекції методичної стрункості, не дозволяє віддалятися від провідної ідеї. Рубрикація матеріалу усуває повтори і водночас запобігає можливим пропускам важливих фактів чи положень. Досвід показує, що коли лектор дотримується попереднього оголошеного плану, студентська аудиторія швидше настроюється, менше втомлюється і підтримує більш жвавий контакт з лектором.

Лекція повинна закінчуватися підведенням підсумків, які надають їй цілісності та завершеності.

Наочність на лекції. Засвоєння студентами лекційного матеріалу залежить в певній мірі від

наочності. Людина, знайомлячись з новою інформацією, сприймає її через органи чуття: 70 % – через орган зору і лише 30 % – через орган слуху. Тому словесну подачу матеріалу доцільно поєднувати з унаочненнями.

Засоби наочності, які придатні для застосування на лекціях з теоретичних дисциплін, можна поділити на дві групи:

1. **Натуральні засоби** – досліди на тваринах, макропрепарати, муляжі, об'ємні моделі, невеликі прилади.

2. **Образні засоби** – навчальні таблиці, макро- і мікрофотографії, патогенетичні схеми, малюнки, слайди, відеофільми.

Демонстраційний матеріал обов'язково повинен супроводжуватися коментаріями лектора, але демонстрація не повинна замінювати лекцію. Демонстрації належить підпорядкована, пояснювальна роль, і її не варто переоцінювати. Переобтяженість лекції демонстраційним матеріалом забирає дорожочинний час, передбачений на виклад суті теми і в цілому знижує рівень лекції.

Серед засобів подачі наочності перше місце належить дошці і крейді. Треба пам'ятати, що на дошці пишуться найважливіші поняття, формули, реакції, класифікації, які зразу ж потрапляють у конспекти, тому писати їх на дошці треба грамотно, повно і, наскільки можливо, красивим почерком. Це полегшує сприйняття лекційного матеріалу.

Традиційний спосіб демонстрації – навчальні таблиці. Ми вважаємо, що й зараз, за умов повсюдної технізації навчання, таблиці себе не вичерпали, і якщо їм судилося зійти з лекторської сцени, то це станеться ще не скоро. На таблицях представляють матеріал, який міцно увійшов у навчальний процес, відзначається стабільністю і, як правило, складає кістяк лекції. Перевага таблиць полягає в тому, що вони, на відміну від багатьох інших засобів демонстрації, перебувають перед очима студента як завгодно довго, а після лекції можуть бути використані в навчальній аудиторії. Багаторазово впливаючи на глядача, табличний матеріал сприймається як особливо важливий і міцніше запам'ятовується. Таким чином, вдало підібраний комплект таблиць виконує ще й “рекламну” функцію, привертаючи увагу до ключових елементів теми. Перевагу слід віддавати таблицям, створеним на кафедрі, а не отриманим централізовано. Власні таблиці якнайкраще влітаються в канву лекції і оптимально доповнюють словесний виклад матеріалу. Друкарські таблиці хоч і не вимагають часу

на виготовлення, але й не можуть враховувати специфіку навчального процесу на всіх однопрофільних кафедрах.

Багато хто радить демонструвати таблиці почергово і після демонстрації знімати їх, щоб не відволікати увагу студентів від сприйняття наступної порції матеріалу. Ми з цим не можемо повністю погодитися. Існують таблиці, які справді виконують тимчасову роль, але є й такі (і їх більшість), які повинні знаходитися в лекційній аудиторії від початку до кінця, хоч пасивно, але постійно передаючи інформацію. Саме в цьому полягає їхня перевага.

Досліди на сучасних лекціях – не часте за суттю явище. Серйозний дослід вимагає багато часу, а прості досліди, як правило, не відповідають науковому рівню лекції. В обох випадках ці досліди не досягають мети, тобто не поліпшують сприйняття матеріалу студентами. Тому досліди на лекціях повинні використовуватися лише у випадках їх особливої демонстративності. Всі інші треба планувати на практичні заняття.

В лекційну практику давно ввійшли технічні засоби навчання, проте не варто перебільшувати їх можливості. Не доцільно, наприклад, включати в лекцію більше 10 діапозитивів або фільм тривалістю понад 15 хв. В майбутньому можуть виявитися корисними відеофільми, зняті за сценаріями кафедр. Зокрема, у такий спосіб можна продемонструвати фрагменти складних дослідів, які важко здійснити під час занять, а тим більше – під час лекції.

Проблемна лекція. Завдання проблемної лекції – активізувати самостійну творчу діяльність студентів, а завдання лектора – так побудувати виклад матеріалу, щоб студенти самі до деякої міри стали співучасниками розв'язання науково-дослідної проблемної ситуації. Суть проблемної лекції в тому, що проблемне завдання розв'язується при розумовій співучасті всіх присутніх на лекції студентів. Лектор вказує загальний шлях розв'язання проблеми, звертає увагу на труднощі і суперечності, намічає шляхи їх подолання.

Ця приваблива з першого погляду схема насправді грішить формалізмом. На нашу думку, абсолютну більшість лекцій треба будувати за традиційною схемою і тільки деякі, найбільш вдячні в цьому відношенні теми можна подати в проблемному ключі. Такі лекції слід передбачити завчасно, добре спланувати їх за змістом і в часі, а не імпровізувати безпосередньо в аудиторії. Не варто руйнувати лекцію як класичний метод передачі навчальної інформації заради сумнівної гри в проб-

лемність. Тематика більшості лекцій не вимагає проблемного підходу, там потрібен серйозний виклад стабільних фактів і положень, що складають основу лекційного курсу. Гіперболізація проблемного підходу до читання лекцій, яка свого часу мала місце, не витримала перевірки часом. Ще один момент – проблемна лекція розрахована на добре підготовлену, зацікавлену і дисципліновану аудиторію. На жаль, сьогоднішня студентська аудиторія не цілком відповідає цим критеріям. Намагання лектора залучити колективну студентську думку до співучасті у лекції часто не знаходить належного відгуку, а тому сама побудова проблемної лекції стає проблематичною.

Новим кроком напрямку реалізації проблемних лекцій стало впровадження в навчальний процес телекомунікаційних технологій [5]. Останнім часом у Тернопільській медакадемії були організовані і

прочитані в рамках розкладу занять відеолекції відомих вчених України з медичної інформатики, фармакології, нормальної фізіології та інших дисциплін. Як свідчить досвід, тематика цих лекцій повинна охоплювати переважно питання прикладної медицини. Сценарій їх вимагає нестандартної регламентації: виклад базового матеріалу не повинен займати більше 30 хв, решту часу (60 хв) доцільно відвести на дискусію. На активну участь у ній студентів можна розраховувати тоді, коли вони задалі ознайомленні з повним текстом лекції.

Висновок. Узагальнюючи сказане, можна стверджувати, що на теоретичних кафедрах лекції належить пріоритетна роль у передачі навчальної інформації. У найближчому майбутньому лекція не втратить свого першочергового значення навіть при наявності повноцінних підручників і технічних засобів навчання.

Література

1. Яковцова А.Ф., Сорокіна І.В. Лекція на сучасному етапі вищої медичної школи // Розробка і впровадження в процес підготовки медичних кадрів сучасних технологій навчання: Тези доповідей учбово-методичної конференції. – Київ-Тернопіль, 1992. – С. 58-59.
2. Вузовское обучение / Б.В. Бокуть, С.И. Сокорева, Л.А. Шеметков, И.Ф. Харламов. – Минск: Университетское, 1989. – 110 с.
3. Архангельский С.И. Учебный процесс в высшей шко-

ле, его закономерные основы и методы. – М.: Высшая школа, 1980. – 368 с.

4. Штокман И.Г. Вузовская лекция. – К.: Вища школа, 1981. – 151 с.

5. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.

ОБІГІТІ АДАЕ АЕЕІ АІІВІНІТАІЕО АЕА²А І ДІ ОАН²ЕІТ - А²ВЕУІТ НО²

Д.А. Еааеіаа, І.Т. Аааеаерё

Івано-Франківська державна медична академія

TIME-STUDI OF THE MAIN TYPES OF PROFESSIONAL ACTIVITY

R.V. Kasakova, N.O. Hevkaliuk

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Проведений нами хронометраж виконання основних видів професійної діяльності в дитячій терапевтичній стоматології дає можливість оцінити індивідуальний рівень практичної підготовки кожного студента, дозволяє планувати лікувальне навантаження для групи субординаторів та використовувати для його контролю у лікарів-інтернів з метою усунення прогалин, допущених при навчанні у вузі, і вироблення нових навиків, які з будь-якої причини не були отримані.

Time-study of the main types of professional activity in pediatric therapeutic stomatology gives an opportunity to evaluate the individual level of practical preparedness of each student, allows to plan the treating loading for the group of subordinators and to use it for physicians-interns with the purpose of elimination of the errors, acquired during the training at the higher educational establishment, and formation of new skills which haven't been acquired for any reason.

Вступ. Формування в медичному вузі гармонійно розвинутої особи лікаря – громадянина України потребує комплексного підходу до організації навчального процесу. Викладання дитячої стоматології проводиться згідно з навчальною програмою за чотирма розділами: терапевтична, хірургічна стоматологія, ортодонтія та профілактика основних стоматологічних захворювань. У кваліфікаційній характеристиці лікаря-стоматолога є перелік практичних навиків з даних дисциплін, якими повинен оволодіти студент на цій кафедрі. Оскільки значна частина випускників по закінченні навчального закладу отримує спеціальність стоматолог-терапевт, нами проаналізовані часові параметри на виконання окремих лікувальних та профілактичних процедур студентами-субординаторами. Згідно з розкладом, заняття у цієї категорії студентів проводяться циклами по 7 академічних годин щоденно. Після контролю вихідного рівня знань відповідно до теми заняття студенти-випускники під керівництвом викладача проводять прийом дітей.

Основна частина. Шляхом хронометражу ми визначили час, необхідний для виконання основних видів професійної діяльності в дитячій терапевтичній стоматології протягом заняття в умовах достатнього забезпечення робочими місцями та пацієнтами. Нами встановлено, що протягом одного

робочого дня субординатор здатний провести обробку слизової оболонки порожнини рота, в тому числі і ясенного краю, 4-5-м хворим, відпрепарувати та запломбувати 4-5 каріозних поверхонь або 3-4 кореневі канали.

При цьому обов'язковим є навчання дітей правил гігієни порожнини рота, визначення гігієнічних (а при необхідності пародонтальних) індексів і заповнення медичної документації. Отримані нормативи не лише дозволяють планувати щоденне лікувальне навантаження на групу, але й оцінити індивідуальний рівень практичної підготовки кожного студента. Для їх удосконалення випускнику надається можливість позааудиторної роботи із лікарями-ординаторами поліклініки.

Крім того, запропоновані часові нормативи використовуються нами для проведення виробничої практики та при відробці пропущених занять, яка складається з двох частин – практичної та теоретичної. Практичну частину заняття студент відпрацьовує у будь-який час з лікарем-ординатором стоматологічної поліклініки. Теоретичну частину заняття приймає асистент чи доцент у встановлений день при наявності звітної документації про об'єм пацієнтів (форма № 37-У), завіреної лікарем-ординатором. Така методика проведення заняття дисциплінує, надає самостійності студенту, збільшує почуття відповідальності за хворого, стимулює студента до вивчення теоретичного матеріалу.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Вимоги навчальної програми та кваліфікаційної характеристики лікаря-стоматолога включають або передбачають знання визначень симптомів, діагнозів та вміння надати симптоматичну терапію у хворих із захворюваннями різних органів та систем. Оскільки на амбулаторному прийомі такий контингент пацієнтів зустрічається рідко, то окремі практичні заняття ми проводимо в гематологічному, гастроентерологічному, ендокринологічному та відділенні анестезіології і реанімації обласної дитячої лікарні, а також в дерматовенерологічному диспансері. У зв'язку з тим, що програмою зі стоматології дитячого віку передбачено деякі лабораторно-інструментальні дослідження без їх конкретизації, на кафедрі субординаторами під контролем лікаря-

лаборанта проводяться наступні дослідження: бактеріоскопічне (визначення *Candida*), цитологічне (виявлення "гігантських" клітин, клітин Тцанка) тощо. Саме ці дослідження запропоновано нами, виходячи з високої поширеності у дітей таких захворювань, як молочниця, герпетичний стоматит.

Висновки. Отже, отримані нормативи дають можливість оцінити індивідуальний рівень практичної підготовки кожного студента, дозволяють планувати лікувальне навантаження для групи субординаторів та використовувати для контролю виконання лікувального навантаження лікарів-інтернів з метою усунення прогалин, допущених при навчанні у вузі, і вироблення нових навиків, які з будь-якої причини не були отримані.

УДК 615.15:74.58 (477.85)

Ї ²ÄŒŒ ÄÈ ÄŒ Ÿ ²ÄÄŒ ŐŒ ÄÈÈ ÈÈ²Œ ²×Œ ÈŒ Ÿ ĐŒ Ä²ŒŒ Đ²Ä Ő
ÄŒÈŒ ÄÈŒ ÑŸÈ²È ÄÄĐÄÄÄŒ ²È Ÿ ÄÄÈ×Œ ²È ÄÈÄÄÄŒ ²-

Ä.Ÿ . Ÿ ³øàè, ².². ÇàŒ Ÿ ðñüèèè

Буковинська державна медична академія

APPROACHES TO THE TRAINING OF THE CLINICAL PHARMACEUTISTS IN BUKOVYNIAN STATE MEDICAL ACADEMY

V. P. Pishak, I. I. Zamorsky

Bukovynian State Medical Academy

Розглянуто особливості підготовки клінічних фахівців-провізорів на Буковині.

The features of training of clinical specialists–pharmaceutists on Bukovyna are considered.

Вступ. Фармація є однією з найдинамічніших галузей сучасних наук і промисловості [1]. Постійно створюються, з'являються на фармацевтичному ринку та впроваджуються у клінічну практику нові препарати. Відомі фармакологічні і фармацевтичні довідники, які регулярно перевидаються (“Справочник Видаль”, “Компендиум — лекарственные препараты”, “Quick Look Drug Book”, “The Merck Index” тощо), щорічно поповнюються одним-двома десятками нових лікарських засобів і лікарських препаратів [2]. Однак обсяги цього процесу важко повністю досягнути навіть добре поінформованим фармакологам, фармацевтам і практичним лікарям. Все це спонукає до необхідності підготовки такого фахівця, який у повній мірі був би обізнаний в особливостях фармакотерапії і, разом з тим, володів би поглибленими і всебічними знаннями щодо арсеналу сучасних лікарських засобів — їх міжнародної номенклатури, специфіки фармакодинаміки і фармакокінетики, побічної дії та сумісності з іншими препаратами, доцільності їх застосування при певній патології, особливості дії при суміжних захворюваннях, раціональності комбінованої фармакотерапії [3], а також можливостях генетичної заміни одного лікарського препарату іншим, тобто всім тим, що характеризує поняття “клінічна фармація”.

В Україні, виходячи з реальних соціальних потреб [1], за наказом Міністерства освіти України № 275

від 24 липня 1998 року спеціальність “Клінічна фармація” введено до переліку напрямку 1102 “Фармація”, за яким здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах. Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 231 від 31 липня 1998 року посада клінічного провізора введена у практичну медицину до номенклатури провізорських спеціальностей. Із 1999 року у Національній фармацевтичній академії (м. Харків) розпочато підготовку студентів за спеціальністю “Клінічна фармація”. Деякі інші медичні навчальні заклади теж приєдналися до процесу підготовки клінічних провізорів, зокрема Тернопільська державна медична академія.

Згідно з кваліфікаційною характеристикою посади, клінічний провізор може працювати у лікувально-профілактичних закладах, аптеках, науково-дослідних установах та навчальних закладах медико-біологічного і фармацевтичного профілів, у сфері реалізації фармацевтичної продукції [4]. Тобто діяльність клінічного провізора надзвичайно багатогранна, що підкреслює важливість підготовки цих фахівців для всієї України.

Основна частина. Незважаючи на розпочату підготовку клінічних фармацевтів у деяких вищих навчальних закладах України II-III рівнів акредитації, потреба у таких спеціалістах залишається вкрай актуальною, а їх підготовка лише в окремих фармацевтичних і медичних академіях не зможе врахувати всіх епідеміологічних, токсикологічних, маркетингових, флористичних та інших особливостей підготовки клінічних провізорів для інших областей України.

Буковинська державна медична академія (БДМА) має більш ніж піввіковий досвід плідної підготовки практичних лікарів — спеціалістів і магістрів за спеціальностями “Лікувальна справа” і “Педіатрія”, розпочинає підготовку лікарів за спеціальністю “Медична психологія”; готує медичних сестер із вищою медичною освітою та розпочинає підготовку бакалаврів за спеціальністю “Лабораторна справа”. Для цього є матеріальна база, працюють усі необхідні теоретичні і клінічні кафедри, що дозволить на високому рівні проводити належну клінічну підготовку клінічних провізорів, здійснювати їх вузьку спеціалізацію з різних напрямків клінічної фармації — клінічна фармація в акушерстві та гінекології, терапії, хірургії, педіатрії, неврології, клінічна фармацевтична лабораторна діагностика тощо.

Водночас упродовж багатьох останніх десятиріч в академії на базі декількох кафедр (медичної хімії, мікробіології, інфекційних хвороб) проводиться продуктивна науково-дослідна робота з хімічного синтезу та подальшого експериментального дослідження нових синтетичних протимікробних засобів, найвідомішим серед яких є успішно впроваджений у клінічну практику етоній. Крім того, на багатьох кафедрах теоретичного і клінічного спрямування проводиться ретельне вивчення окремих аспектів фармакологічної, патофізіологічної, терапевтичної, токсикологічної дії відомих та нових лікарських засобів, екстрактів та настоїв лікарських рослин (кафедри онкології, пропедевтики внутрішніх хвороб, факультетської терапії тощо).

В аптечних закладах вкрай мало уваги приділяється виготовленню лікарських препаратів з рослинної сировини (настоїв, відварів і мікстур). Однак такі препарати продовжують знаходити широке застосування у сучасній фармакотерапевтичній практиці, оскільки мають відносну дешевизну та зберігають високу ефективність, тому рекомендуються більшістю лікарів, а в ряді випадків використовуються хворими при самолікуванні. Внаслідок цього, з одного боку, збільшується ризик поліпрагмазії, виникнення несумісності препаратів, у тому числі при одночасному їх застосуванні із готовими лікарськими препаратами. А з іншого — порушуються правила приготування та застосування фітопрепаратів, через що може виникати як недостатня їх ефективність, так і підвищена токсичність при сумісному застосуванні таких препаратів. Тому й у цих випадках не можна

обійтись без кваліфікованої допомоги клінічного провізора, який у лікувальному закладі надасть консультацію лікареві при призначенні фітотерапії, а в аптечному закладі — проконсультує хворого при реалізації окремої лікарської рослинної сировини та їх зборів. Це, крім усього іншого, дозволить зменшити вартість лікування та підвищить його ефективність.

У БДМА існують давні традиції з викладання курсу фітотерапії, а також з популяризації, наукового дослідження та впровадження у широку практику нових фітопрепаратів з лікарських рослин, у тому числі з тих, які ендемічно ростуть у Карпатському регіоні [5, 6]. Це підтверджує, зокрема, значна низка кандидатських і докторських дисертацій, виконаних науковцями академії і успішно захищеними на кафедрах пропедевтики внутрішніх хвороб, факультетської і госпітальної терапії, біохімії та ін. Отже, при підготовці клінічних фармацевтів необхідно у більшій мірі враховувати і цей напрям їх майбутньої роботи — широко впроваджувати у лікарську практику існуючі фітопрепарати, розробляти нові препарати з лікарської рослинної сировини (у тому числі з тих рослин, що ростуть лише у Прикарпатті), значно зменшувати вартість лікування хворих при збереженні високої ефективності терапії, усувати можливі побічні ефекти при застосуванні фітопрепаратів.

У сучасних аптеках недостатньо уваги приділяється виготовленню лікарських препаратів за магістральними прописами, тобто за прописом лікаря. Однак зараз при великому обсязі різних препаратів буває важко підібрати хворому потрібну комбінацію лікарських засобів. Фармацевтичні фірми не завжди швидко можуть зреагувати на необхідність випуску комбінацій ліків. А при необхідності випуску таких комбінацій для невеликої групи хворих це може бути економічно невигідно. Така проблема особливо гостро постає при місцевому застосуванні препаратів в офтальмологічній і дерматологічній практиці, що є актуальною для Буковини з огляду на відому хімічну інтоксикацію певної частини населення у минулому. При цьому необхідно уникнути призначення хворому великої кількості препаратів, які у кінцевому результаті можуть бути несумісними або проявляти антагоністичну взаємодію чи посилювати алергізацію організму. Крім того, через величезну різноманітність лікарських препаратів сучасному лікарю важче зорієнтуватись у формі та шляхах введення лікарського засобу в організм хворого. І тут особливо гостро постає питання про не-

обхідність кваліфікованої консультації з боку клінічного провізора, який, маючи високу терапевтичну і фармацевтичну кваліфікацію, не тільки перегляне та скорегує призначення лікаря, але й надасть призначеним лікам таку лікарську форму, яка виявиться найбільш доцільною для даного хворого. Цьому аспекту підготовки фахівців тривалий час приділяється багато уваги на кафедрі фармакології БДМА.

Для проведення поглибленої лабораторної підготовки клінічних фармацевтів та їх підготовки з курсу правової і судової фармації в академії працює унікальний прилад для дослідження спектрів СДЛ-2 (ЛОМО, Росія, 1991 р. випуску, модернізований 1997 р.), який серед усіх навчальних закладів медичного і немедичного профілю України є лише в Буковинській медакадемії. На цьому приладі можна встановлювати спектри поглинання та флуоресценції різноманітних лікарських речовин, у тому числі розчинних у рідинах організму. Це дозволить на сучасному рівні навчати майбутніх клінічних фармацевтів, які зможуть у різних лікувально-профілактичних та науково-дослідних установах проводити лабораторні експрес-аналізи з метою визначення причин і ступеня тяжкості гострих отруєнь,

встановлення можливих причин летальних наслідків, виявлення токсичних і біологічно активних речовин та їх метаболітів у біологічних рідинах, тканинах та інших об'єктах, визначати наркотичні та інші речовини, які викликають одурманювання та можуть входити до складу лікарських і нелікарських речовин. Отже, тільки сучасна науково-практична база допоможе майбутнім клінічним провізорам ознайомитись не тільки теоретично, і практично з різними аспектами експериментальної фармакології та основними моментами процесу планування і створення лікарських засобів та препаратів, лабораторної діагностики отруєнь ліками.

Все наведене дозволить викладачам Буковинської медакадемії на належному рівні проводити не тільки клінічну, але й фармацевтичну підготовку майбутніх клінічних провізорів, заповнюючи існуючі пробіли сучасної роботи лікарів і провізорів.

Висновок. При підготовці клінічних фахівців-провізорів необхідно, зокрема, звертати увагу на особливості виписування, виготовлення і застосування лікарських препаратів за магістральними прописами, у тому числі лікарських препаратів з рослинної сировини.

Література

1. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стан та перспективи подальшого реформування медичної та фармацевтичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 5-11.
2. Пішак В.П., Заморський І.І. Антибактеріальні хіміотерапевтичні засоби. Посібник з фармакології з елементами клінічної фармації. – Чернівці: Медик, 2001. – 185 с.
3. Посохова К.А., Климнюк С.І. Мікробіологічні та фармакологічні основи раціонального застосування антибіотиків: Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 131 с.
4. Черних В.П. До проблеми розвитку клінічної фармації та підготовки клінічного провізора в Україні // Клінічна фармація. – 2000. – Т. 4, № 1. – С. 5-7.
5. Пішак В.П., Волошин О.І. Природні ресурси Буковини в оздоровленні населення краю: реалії і перспективи / Бук. мед. вісник. – 1997. – Т. 1, № 1. – С. 21-26.
6. Пішак В.П., Волошин О.І., Гайдуков В.А. та ін. Фітотерапевтичні засоби в системі захисту здоров'я населення, що проживає на забруднених територіях // Екол. проблеми в хірургії та інших галузях медицини: Праці II наук. симпоз. – Чернівці, 1998. – С. 63-64.

УДК: 57(07.07)

І ДААІ ²ÇAÖ²В НАІ І НО²ЕІ І - ДІ АІ ОЕ НООААІ О²А І ДЕ
АЕА×АІ І ² І ААЕ×І І - А²І ЕІ А²-

Н.І . І аḏ÷èøèí , І .А. Еóë³èí àà, І .В. Вèî àáí èî , Д.ª . І á÷àé,
Е.О. Аèèèрè, О.А. А³áóí үè

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**THE ORGANISATION OF AN INDEPENDENT WORK OF THE
STUDENTS WHILE STUDYING OF MEDICAL BIOLOGY**

**S.M Marchyshyn, N.A. Kulikova, M.Ya.Yakovenko,
R.Ye. Nechay, L.T. Vyklyuk, T.V.Bihunyak**

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою постійно працює над удосконаленням методики викладання курсу медичної біології. У навчальному процесі, крім лекцій, семінарських, лабораторних та практичних занять, велика увага приділяється самостійній роботі студентів. Питання самостійної роботи (54 год) включені в усне, письмове опитування при перевірці знань студентів, у тестові завдання, ситуаційні задачі, висвітлюються у формі виступів і рефератів. На кафедрі впроваджуються нові форми самостійної роботи: науково-теоретичні та прес-конференції; студенти залучаються до науково-дослідної роботи.

The Chair of Pharmacognosy with Medical Biology and Genetics course constantly works at the improvement of the teaching methods of the course of Medical Biology. Besides the lectures, seminars, laboratory and practical classes, great attention is paid to the independent work of students. Some questions of the independent work (54 hours) are included into verbal and written questionnaires to check the knowledge of students, into tests, situational tasks; they are also revealed in form of speeches and essays. New forms of the independent work: the scientific-theoretical ones and press-conferences are inculcated. The students are attracted into the scientific-research work.

Вступ. Важливий практичний аспект біології – використання її досягнень у медицині. Успіхи і відкриття у біології визначили сучасний рівень медичної науки [1, 2]. Прогрес медицини в майбутньому також базується на розвитку біології. Медична біологія є основою підготовки лікаря і має велике значення при вивченні теоретичної і клінічної медицини. Програма з медичної біології включає багато питань, знання яких прямо стосується практичної діяльності лікаря: закономірності успадкування, індивідуального розвитку (онтогенезу), регенерації, екологічні проблеми, біологія паразитів і переносників інвазійних захворювань тощо.

Основна частина. Кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою постійно працює над удосконаленням методики викладання курсу медичної біології. У навчальному плані курсу, крім лекцій, семінарських, лабораторних та практичних занять, виділено час для самостійної роботи студентів. В умовах зростаючої наукової інформації цей

виддіяльності є пріоритетним. Сьогодні у вищій школі навчальний процес повинен переорієнтуватись на самостійну індивідуальну роботу студента [3]. Зрозуміло, навичок самостійно працювати в першокурсників ще недостатньо, адже в них різна базова освіта (загальноосвітні школи, ліцеї, гімназії, медичні училища) [4]. Тому викладачі кафедри направляють зусилля на те, щоб правильно і раціонально спланувати самостійну роботу студентів першого курсу. Якість підготовки майбутнього лікаря значною мірою залежить від рівня організації самостійної роботи у навчальному закладі та контролю за її ефективністю.

Питання самостійної роботи обов'язково включені у різноманітні форми та методи перевірки знань студентів: усне, письмове опитування, у тестових завданнях, вправах і задачах, а також висвітлюються у формі виступів, рефератів, які сприяють виникненню наукової дискусії.

За характером управління з боку викладача розрізняють самостійну навчальну роботу, організовану викладачем під час практичних занять, і самостійну роботу студентів у позааудиторний час.

Календарно-тематичний план самостійної позааудиторної роботи студентів із медичної біології включає 12 тем (54 год): потік енергії та речовин у клітині, генетичний код і його моделювання, транскрипція і трансляція та їх моделювання тощо. Ці теми студенти, крім теоретичного засвоєння, підкріплюють розв'язуванням ситуаційних задач. Ситуаційні задачі, спрямовані на самостійне творче оригінальне рішення діагностичних завдань, на формування в студентів вміння порівнювати різні медико-біологічні дані і характеристики, відіграють важливу роль у підвищенні творчої активності студентів у процесі проведення практичних занять. Рішення ситуаційних задач сприяє також використанню і застосуванню знань, набутих студентами на попередніх заняттях або на інших кафедрах. Для самостійного опрацювання пропонуємо студентам також питання медичної гельмінтології та еволюції травної, дихальної, видільної, статевої, кровоносної та нервової системи хребетних. Питання еволюції органів і систем можна було б інтегрувати з кафедрою анатомії людини.

На кафедрі розроблено методичні вказівки для самостійної роботи студентів з курсу “Медична біологія”, де вказані мета, перелік робіт, алгоритм їх виконання та джерела інформації. Обов'язковим компонентом методичних вказівок є питання чи вправи для самоконтролю.

Викладачі кафедри використовують ще один вид самостійної роботи студентів у позааудиторний час – написання рефератів [5], які потім заслуховуються на заняттях в академічних групах студентів. Студенти, які підготували кращі реферати, беруть участь у конкурсах і олімпіадах.

Час ставить перед навчальним процесом нові вимоги, тому на кафедрі впроваджуються нові форми самостійної роботи: науково-теоретичні та прес-конференції, на яких кращі студенти виступають з реферативними повідомленнями. На факультеті бакалаврату і молодших спеціалістів медицини

проведено наукову конференцію “Основні паразитоценози”, на медичному факультеті в кінці навчального року буде конференція на тему: “Генетика і медицина”.

При організації й проведенні самостійної роботи велика увага повинна приділятися впровадженню елементів наукових досліджень [6]. На кафедрі фармакогнозії з біологією та медичною генетикою студенти з перших днів навчання залучаються до науково-дослідної роботи. Вони ставлять експерименти, проводять статистичну обробку матеріалу, аналізують його і на основі одержаних даних роблять узагальнення і відповідні висновки. Так, після вивчення теми “Постнатальний онтогенез” гуртківці провели антропометричні обстеження студентів першого курсу, дали оцінку їх фізичного розвитку і зробили висновки про необхідність його корекції. Студентами зроблені також цікаві дослідження щодо ролі синантропних комах у розповсюдженні бактерій та яєць гельмінтів. Результати експериментальних досліджень студентами щороку доповідають на наукових студентських конференціях.

Висновки. Набутий досвід показав, що застосування самостійної роботи в позааудиторний час допомагає формуванню в студентів вміння отримувати знання шляхом саморозвитку, що є однією з умов підготовки медичного фахівця сучасного типу. Вважається доцільним використовувати різні види самостійної роботи студентів: із застосуванням проблемних питань та задач, які вимагають тривалого пошуку, та використання додаткової літератури, що сприяє розвитку творчої пізнавальної діяльності й формуванню наукового світогляду.

Отже, самостійна робота студентів забезпечує якісне засвоєння навчального матеріалу, отримання необхідної додаткової інформації, відіграє важливу роль у розвитку їх пізнавальних інтересів, їх готовності до самоосвіти та участі в науково-дослідній роботі.

Література

1. Захаров М. До питання про державний стандарт освіти // Наука і освіта. Збірник наукових праць. – К., 1997. – Кн. 1. – С. 258-260.
2. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Каменецький М.С. та ін. Система програмно-цільового управління якістю підготовки фахівців // Медична освіта. – 1999. – №1. – С. 25-27.
3. Дон О.М. Врахування індивідуальних особливостей студентів при виборі методів навчання // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти. Мат. наук.-практ. конф. – К. – 1999. – С. 62-70.

4. Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту) // Постанова Кабінету Міністрів України №65 від 20.01.98.

5. Трегубова Г.М. Формування навичок роботи з науковим текстом // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти. Мат. наук.-практ. конф. – К. – 1999. – С. 324-329.

6. Лобода О.В. Розвиток творчих здібностей студентів у позанавчальній роботі // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти. Мат. наук.-практ. конф. – К. – 1999. – С. 177-182.

УДК 616–092

АТ НА²А І АА×АЕЇІ Т - І АОІ АЕ×І Т - ДІ АІ ДЕ ЕАОААДЕ
І АОІ ЕІ А²×І Т - О²С²І ЕІ А²-

Р.ª. ДІ аі аеé, А.О. І еñеèöüеèé, Е.І. О³ë³і т аа, І .А. Аі еéі ,
А.Ѕ. Наі аᄁаᄁ

Буковинська державна медична академія

**EXPERIENCE OF EDUCATIONAL-METHODICAL ACTIVITY OF THE
DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY**

**Yu. Ye. Rohovoy, V.F. Myslysky, L.O. Filipova, O.V. Boyko,
V.S. Samarash**

Bukovynian State Medical Academy

У представленій публікації висвітлено основні питання організації навчально-методичної роботи на кафедрі патологічної фізіології, включаючи практичні заняття, тестовий контроль, формування в студентів професійних знань та вмінь. Головну увагу зосереджено на тому, що патологічна фізіологія як теоретичний фундамент медицини повинна відігравати провідну роль у формуванні в студентів основ клінічного мислення та виконувати функцію методології клінічних дисциплін.

The presented publication deals with the questions of the educational-methodical work organization at the Department of Pathologic Physiology, including practical classes, test control, the formation of professional knowledge and skills. The principal attention is focused on the fact that Pathologic Physiology as the theoretical foundation of medicine must play a leading role in the formation of fundamentals of students clinical thinking and be able to carry out the function of methodology of clinical subjects.

Вступ. Головна мета навчально-методичної роботи медичної академії полягає у підготовці спеціалістів, здатних в умовах практичної охорони здоров'я клінічно мислити, оперативно приймати рішення як у типових, так і в нестандартних ситуаціях [2]. Для її досягнення рівень підготовки фахівців у галузі медицини повинен характеризуватися динамікою переходу від першого (“знаю”) та другого (“знаю як”) рівнів піраміди Джорджа Міллера до третього (“демонструю”), а інколи навіть четвертого (“роблю”) [4]. Мета даної публікації полягала в узагальненні досвіду навчально-методичної роботи та визначенні ролі кафедри патологічної фізіології в забезпеченні такої динаміки підготовки спеціалістів у галузі медицини.

Основна частина. Теоретична основа клінічного мислення майбутнього лікаря започатковується при вивченні таких фундаментальних дисциплін, як анатомія, гістологія, нормальна фізіологія, біохімія тощо, характерна особливість яких полягає в тому, що потребує напруження в студентів пам'яті. Вивчення патологічної фізіо-

логії з перших кроків освоєння цього предмета вимагає від студентів інтенсивної роботи таких сфер людської свідомості, як мислення (поняття, судження, умовивід) та інтелект (аналіз, синтез, абстракція, конкретизація, узагальнення). Слід зауважити, що патологічну фізіологію неможливо запам'ятати, її можна тільки зрозуміти або не зрозуміти. Наприклад, одна справа відтворити суть закону Старлінга як основи регуляції водно-сольового обміну на тканинному рівні та дати визначення набряку як порушенню цього закону із збільшенням об'єму інтерстиційного сектора. І зовсім інша річ вміти аналізувати патогенез різних видів набряків (серцевого, ниркового, печінкового, кахектичного, запального, алергічного, токсичного, нейрогенного, інфекційного, лімфатичного) у конкретного хворого при тій чи іншій нозологічній одиниці з аналізом їх розвитку, використовуючи вміння застосовувати закон Старлінга на практиці. Патологічна фізіологія не тільки відіграє провідну роль у забезпеченні теоретичних основ клінічного мислення при встановленні діагнозу, але й знаходить обґрунтоване застосування на етапі лікування хворого. Наприклад, можна знати, що протинабряко-

© Ю.Є. Роговий, В.Ф. Мислицький, Л.О. Філіпова та ін., 2001

ва дія фуросеміду зумовлена його натрій-уретичними та діуретичними властивостями. І зовсім інша річ вміти пояснити зменшення набряків у конкретного хворого із серцевою недостатністю за умов застосування фуросеміду, коли в основі клінічного мислення лікаря для пояснення цього механізму буде той же закон Старлінга, який використовують для аналізу конкретної клінічної ситуації.

Таким чином, місце патологічної фізіології в теоретичному забезпеченні клінічного мислення лікаря повинно відігравати провідну роль як на етапі встановлення діагнозу, так і в процесі лікування. У виконанні цих функцій патологічної фізіології важливе значення повинне належати вмінню застосовувати загальні закони патогенезу (розвитку хвороби як єдності реакцій захисту та пошкодження; взаємозв'язку головної та вторинних ланок патогенезу; порочних кіл; єдності специфічних та неспецифічних реакцій; взаємозв'язку реакцій, що перебігають на молекулярному, субклітинному, клітинному, тканинному та органному рівнях; єдності патогенезу та саногенезу) та знання механізмів розвитку типових патологічних процесів (запалення, гарячки, шоку, гіпоксії, пухлинного росту, алергії тощо) при роботі з конкретним хворим та вивченні тих чи інших нозологій. Наприклад, набагато простіше один раз вивчити загальні закономірності патогенезу запалення як типового патологічного процесу на кафедрі патологічної фізіології і в подальшому використовувати їх для аналізу патогенезу запалення в клініці при конкретних нозологічних одиницях у конкретних хворих та надзвичайно складно вивчати запалення при конкретних нозологіях з подальшим усвідомленням загальних закономірностей розвитку цього важливого патологічного процесу.

Для об'єктивного контролю знань студентів на кафедрі використовують тести [3], які чітко сформульовані, відповідають навчальній меті, передбачають одну конкретну відповідь, складені відповідно до об'єму навчального матеріалу та існуючої програми з патологічної фізіології. Вони корисні для студентів при підготовці до проведення комплексних контрольних робіт, комплексних кваліфікаційних завдань та державних ліцензійних іспитів "Крок-1" та "Крок-2". Оскільки вивчення патологічної фізіології потребує напруження мислення та інтелекту, на кафедрі використовують клініко-патологічні

задачі, які мають велику кількість вихідних даних, пропонують етапну схему їх розв'язання. Це вимагає на кожному кроці досягнення остаточної відповіді постійного мислення, аналізу можливих варіантів з логічним обґрунтуванням і глибоким розумінням встановлення кінцевого діагнозу чи логічного висновку. Пропонується і новий підхід у проведенні практичної частини заняття – патофізіологічного експерименту. Суть його полягає в тому, що на практичній частині заняття не проводять визначення якогось одного біохімічного чи функціонального показника, а зосереджують увагу на ключових моментах складного комплексного патофізіологічного експерименту. Це дає можливість запропонувати студентам велику кількість вихідних даних для, знову ж таки, напруження такої сфери людської свідомості, як мислення та інтелект, що необхідно для обґрунтованого встановлення діагнозу та логічного висновку. Наприклад, при вивченні патологічної фізіології нирок [1, 5] на кафедрі студентам пропонують 45 показників функціонального стану нирок, які розраховують за допомогою програми на комп'ютері за умов норми та гострої ниркової недостатності – сулемової нефропатії. Крім того, щоб у студентів сформувалися відповідні практичні навички у визначенні цих показників функції нирок, вони беруть участь не повністю у проведенні цілісного патофізіологічного експерименту, а тільки в його ключових моментах, що зумовлено обмеженістю часу практичного заняття. Студенти мають можливість на даному практичному занятті провести методику водного навантаження, збору сечі, визначення концентрації креатиніну в плазмі крові та сечі, концентрації іонів натрію в сечі та плазмі крові. Така організація навчального процесу можлива тільки за умов постійного проведення наукової роботи в центральній науководослідній лабораторії Буковинської державної медичної академії, яка працює в постійній інтеграції з кафедрою патологічної фізіології.

Висновки. У представлений публікації висвітлено основні питання організації навчально-методичної роботи на кафедрі патологічної фізіології, включаючи практичні заняття, тестовий контроль, формування у студентів професійних знань та вмінь. Головну увагу зосереджено на тому, що патологічна фізіологія як теоретичний фундамент медицини повинна відігравати провідну роль у формуванні в студентів основ клінічного мислення та

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

виконувати функцію методології клінічних дисциплін, що досягається шляхом постійної інтеграції наукової роботи центральної науково-дослідної лабораторії Буковинської державної медичної ака-

демії з навчально-методичною роботою кафедри патологічної фізіології з акцентом проведення практичних занять на провідне напруження таких сфер людської свідомості, як мислення та інтелект.

Література

1. Гоженко А.І., Роговий Ю.Є., Федорук О.С., Кузьменко І.А. Патогенез поліуричної стадії нефротоксичної гострої ниркової недостатності // Журн. АМН України. – 2000. – 6, № 4. – С. 775-782.

2. Милерян В.Е. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах: Методическое пособие. – К., 1997. – 64 с.

3. Мислицький В.Ф., Роговий Ю.Є., Філіпова Л.О. та

ін. Тестові завдання з патологічної фізіології. Навчальний посібник. – Чернівці: Медакадемія, 2001. – 72 с.

4. Мруга М.Р., Булах І.Є. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 14-19.

5. Рябов С.И., Наточин Ю.В. Функциональная нефрология. – С.Пб.: Лань, 1997. – 304 с.

УДК 611(07.07):791.43

THE ROLE OF ANATOMICAL BRAIN-RING FOR IMPROVEMENT OF STUDENTS' KNOWLEDGE

M.S. Hnatyuk, Ya.I. Fedonyuk, A.M. Pryshlyak, B.V. Holod,
P.P. Flekey, B.Ya. Reminetsky, N.V. Shovdra,
V.D. Voloshyn, V.V. Buriy

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

THE ROLE OF ANATOMICAL BRAIN-RING FOR IMPROVEMENT OF STUDENTS' KNOWLEDGE

M.S. Hnatyuk, Ya.I. Fedonyuk, A.M. Pryshlyak, B.V. Holod,
P.P. Flekey, B.Ya. Reminetsky, N.V. Shovdra,
V.D. Voloshyn, V.V. Buriy

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Участь студентів в анатомічних “брейн-рингах” суттєво впливає на ефективність навчання. Дана форма навчальної гри сприяє підвищенню навчальної та професійної зацікавленості студентів предметом, істотно покращує їхню успішність та ефективність засвоєння викладеного матеріалу.

Participation of students in anatomical brain-rings essentially influences on learning effectiveness. This form of the educational game promotes the improvement of educational and professional interest of students to anatomy classes, essentially improves their progress and effectiveness of teaching material assimilation.

Вступ. Глобальні трансформації, які відбуваються в нашому суспільстві, зумовлюють потребу суттєвих техногенних змін. Їхнє розв’язання вимагає збільшення обсягу наукових знань, кількості відповідних спеціалістів та запровадження нової системи вищої освіти. Тому на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які суттєво прискорять підготовку висококваліфікованих спеціалістів з якісно новим ступенем знань [1, 2]. Науково-технічний прогрес вимагає суттєвого вдосконалення форм викладання, розробки нових ефективних навчальних програм, подачі для засвоєння великого обсягу інформації на більш високому та якісно новому рівнях.

Слід зауважити, що одним із факторів поглибленого вивчення медичних дисциплін є подальша оптимізація навчального процесу, зокрема покращення викладання предмета [3].

Основна частина. Нормальна анатомія є теоретичною дисципліною, мета якої – дати студентам фундаментальні знання, необхідні для роботи в клініці. При цьому для досягнення найбільшої

ефективності при вивченні вказаного предмета необхідно, щоб студенти не тільки отримували глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалювали практичні навички [4].

Для полегшення й оптимізації процесу засвоєння студентами знань на кафедрі нормальної анатомії Тернопільської медичної академії ім. І.Я. Горбачевського вже кілька років використовуються, крім традиційних методів сучасного педагогічного процесу, різні нетрадиційні. Форми навчання ґрунтуються на взаємопереплетенні різних, описаних у психологічній літературі, способів людського спілкування – “транзакцій” [5, 6] – активне творче проведення часу. Останні повинні формувати змістовні емоційні і когнітивні аспекти особистості, а також знаходити нові ресурси засвоєння знань. Ресурси є завжди, головне – знайти їх. Одним із таких засобів є підвищення ефективності сприйняття інформації, яка досягається різними способами. Це, насамперед, емоційна й естетична складові організації навчального процесу.

Сприйняття і переробка інформації у кожній людині індивідуальні і виражаються у вигляді провідних репрезентованих модальностей – зорової, слухової і кінестетичної.

Ефективній інтелектуальній праці сприяє використання всіх цих систем, тобто інформація повинна сприйматися візуально, аудіально і відчуттями, що враховується при організації навчального процесу на кафедрі. Це і використання широкого візуального ряду препаратів в анатомічному музеї, різні види програмованого навчання на комп'ютерних тестах, схеми, картини, скульптури тощо. Це і аудіальний ряд – лекції, семінари, консультації. Особливо значимим у вивченні анатомії є кінестетичний, чутливий ряд – робота з трупним матеріалом, анатомічними препаратами, адже анатомію засвоюють, об'язно кажучи, більше пальцями, ніж очима.

Важливим методом підсилення ефективності вивчення предмета є використання такого потужного потенціалу, як активація творчого самовираження. Відомо, що здатність до творчості – це вища, суто людська властивість, яка відрізняє людину від тварини. Активізація творчості широко використовується у психотерапії у вигляді креативних методів [7]. Вона досить ефективно може використовуватися і в навчально-педагогічному процесі. Включення в процес навчання творчості активує духовні компоненти особистості, пробуджує потребу, самовдосконалення, щоб піднятися як у власних очах, так і в очах інших людей. Творчу активність студентів і викладачів необхідно заохочувати і стимулювати [7].

Нові навчальні підходи можуть включати в себе більший набір методів засвоєння, активації та генерації знань – таких, як методи аналізу і породження тексту, мистецтва спілкування, створення ідей. Шлях до нього часто лежить через повернення до генетично більш ранніх форм діяльності, насамперед, – до методів гри, насичуючи їх новим змістом. Зокрема, проводяться вже популярні анатомічні “брейн-ринги”.

Побудова сценаріїв “брейн-рингів” ґрунтується на сучасних психотехнічних педагогічних методиках, зокрема, сугестопедії Г. Лозанова [6]. Вона дозволяє уникнути властивих для традиційного навчання психологічних бар'єрів, пов'язаних зі страхом помилитися. В атмосфері вільного неформального спілкування і творчості цей бар'єр зникає, студент стає розкутим, він вчиться легко, швидко, ніби граючись. Брейн-ринг – це гра, а форма цієї гри – захоплення, плюс розвага, плюс винагорода. Гра породжує мотивації – спільно з іншим учасником ефективно засвоювати знання.

Застосування гри дозволяє вирішити й інше, практично не менш важливе завдання, пов'язане з

необхідністю компенсації інформаційного перевантаження з організацією психологічного і фізіологічного відпочинку. Форми гри, особливо колективні, сприяють досягненню учасниками станів глибокої релаксації – найбільш сприятливого фону для інтенсивного навчання і рекреації (“концертна псевдопасивність” за термінологією Г.Лозанова [6]). Все це покращує позитивні зміни у мотиваційній і змістовній сфері особистості студента.

Анатомічні “брейн-ринги”, які проводяться на нашій кафедрі, містять елементи психотехнічної гри й елементи соціально-психологічного рольового тренінгу – психодрами Дж. Морено [8].

Побудова сценарію анатомічного “брейн-рингу” імпровізується і не є обмеженою формою: тут є і елементи телевізійного “брейн-рингу”, КВК, вікторини, психодрами, тілесно орієнтованих видів психотерапії, художньої самодіяльності. Провідне значення у проведенні вказаних форм гри має особистість ведучого. Він повинен бути лідером, вміти спілкуватися з людьми, добре розуміти мету, зміст та завдання гри. Ним може бути викладач, а в міру розвитку гри – і хтось із учасників. Важливою рисою гри є її кульмінація – виграш. Адже внаслідок оцінкового характеру вводиться елемент змагання. Завбачливо придумуються і готуються призи і нагороди переможцям. Найкраще, якщо нагороди будуть гумористичними і смішними, тоді переможені не будуть почувати себе ображеними (наприклад, як нагорода – право на позачергове щоденне відвідування анатомічного музею).

За правило потрібно прийняти те, що ведучий повинен хвалити кожного учасника, щоб підвищити мотивацію навіть “невдах”.

Під час проведення анатомічних “брейн-рингів” ми спостерігали декілька напрямків його впливу:

- a) навчальний напрямок – розвиток загальнонавчальних навичок (пам'ять, увага, сприйняття інформації різної модальності, розвиток навичок володіння латинською термінологією);
- b) розважальний напрямок (створення сприятливої атмосфери, перетворення навчання анатомії із нудного заняття в азартну гру, подорож, пізнання);
- c) комунікативний напрямок (об'єднання колективу студентів і викладачів, встановлення емоційних контактів);
- d) релаксійний напрямок – зняття емоційного напруження, породженого навантаженням на нервову систему та інтенсивним навчанням (концепція “захисної функції гри” у психоаналізі);

е) психотехнічний напрямок (формування навичок підтримання свого фізіологічного стану для ефективнішої діяльності і перебудови психіки для засвоєння більших обсягів інформації).

Активна емоційна участь викладачів кафедри разом із студентами в анатомічному “брейн-ринзі” сприяє створенню особливої творчої атмосфери на кафедрі впродовж усього навчального циклу.

Для оцінки ефективності впливу патологічних “брейн-рингів” на підвищення знань студентів проводився педагогічний експеримент. При цьому критеріями засвоєння матеріалу були результати підсумкових занять та іспитів. 84 студенти медичного факультету академії, знання яких аналізувалися, були розділені на дві групи.

У 1-у групу входило 39 студентів, які брали участь в анатомічних “брейн-рингах”, у 2-у групу – 45 студентів, що не брали участі у вказаних іграх. Слід зауважити, що підсумкові заняття та екзамени були стандартизовані. При порівнянні знань обох груп студентів детально аналізувалася питома вага

відмінних, добрих, задовільних і незадовільних оцінок, середніх балів.

Отримані дані показали, що анатомічні “брейн-ринги” відіграють важливу роль у підвищенні засвоєння знань студентів. В осіб, які брали участь у вказаних іграх, середній бал підсумкових занять підвищувався на 0,14, а іспитів – на 0,17, порівняно зі студентами 2-ї групи. Суттєво зростала питома вага відмінних оцінок у перших, порівняно з аналогічними показниками студентів, які не брали участі у “брейн-рингах”. Ці результати свідчать про те, що участь студентів у анатомічних “брейн-рингах” істотно підвищує ефективність засвоєння навчального матеріалу і позитивно впливає на успішність студентів.

Висновок. Одержані результати проведеного дослідження свідчать, що участь студентів у анатомічних “брейн-рингах” позитивно впливає на успішність та істотно підвищує їхні знання. До участі у вказаній грі необхідно залучати щонайбільшу кількість студентів.

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.

2. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.

3. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12-15.

4. Синяк К.М., Давиденко О.С., Касьяненко Т.И. Методологические аспекты преподавания эпидемиологии // Врачебное дело. – 1988. – № 8. – С. 112-118.

5. Берн Е. Трансактивный анализ в группе. – М.: Лабиринт, 1994. – 196 с.

6. Берн Е. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – М.: Новая школа, 1992. – 214 с.

7. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1989. – 210 с.

8. Узан Н.В., Пахонов Ю.В. Психотехнические игры в спорте. – М.: Физкультура и спорт, 1985. – 190 с.

УДК 616-093/-098(07.07)

АТ НА²А І ДІ ОАН²ЕІ Т АТ ОІ ДІ ОААІ І В І АЕАООІ УТ АТ
Е²ЕАДВ А І ДІ ОАН² АЕАХАІ І В І ААЕХІ Т - І ²ЕДІ А²І ЕІ А²-

А.Е. І ає³е, А.І . ЕІ ааеü÷оē, А.А. І ає³е, А.І . І ооā

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

THE EXPERIENCE OF PROFESSIONAL FORMATION OF FUTURE DOCTOR IN THE PROCESS OF MEDICAL MICROBIOLOGY STUDY

G.K. Paliy, V.P. Kovalchuk, V.G. Paliy, V.M. Mruh

Vinnitsa State Medical University by M.I. Pirygov

У роботі викладено досвід викладання навичок самостійної дослідницької роботи в процесі вивчення медичної мікробіології. Результати багаторічних наукових досліджень колективу кафедри мікробіології Вінницького державного медичного університету широко впроваджуються в навчальний процес з метою формування професійного світогляду майбутніх лікарів.

The experience of teaching of individual research work skills in the process of medical microbiology study is stated in the work. The results of scientific investigations of microbiology department staff of Vinnitsa State Medical University are widely adopted to the education process with the purpose of formation of future doctors' professional outlook.

Вступ. Система викладання мікробіології в медичних ВНЗ складалась роками. Вона включає лекційний курс та лабораторні заняття, де студенти закріплюють теоретичні знання і набувають практичних навичок. Відомо, що диференційовано на різних факультетах визначені роль і місце медичної мікробіології в професійному формуванні майбутніх лікарів. У курсі вивчення мікробіології студенти набувають знань і навичок, які використовують як прикладні в процесі вивчення клінічних дисциплін, тому необхідні в майбутній професійній діяльності.

Складність викладання мікробіології полягає в тому, що стрімкий розвиток науки, швидке накопичення багатьох нових наукових фактів значно збільшило об'єм інформації. В умовах швидкого розвитку мікробіології особливо важливим є вирішення основного завдання вищої школи – підвищення рівня підготовки фахівців.

Випускник медичного ВНЗ повинен мати значний обсяг професійних знань та вмій. Це лише вихідний рівень, з якого починається формування фахівця, але лікар повинен володіти методами самоосвіти, знати досягнення сучасної науки, розвивати творчу думку, вміти узагальнювати власний досвід роботи, мати навички дослідника, використовувати в своїй роботі елементи наукового пошуку.

Одним із ефективних шляхів підвищення творчих здібностей майбутніх молодих спеціалістів є всебічний розвиток дослідницької роботи студентів. У ВНЗ вона проводиться у вигляді науково-дослідної роботи під час навчального процесу. Основна мета практичних занять з мікробіології – виробити у студентів навички проведення самостійних досліджень, навчити основних методів, що використовуються при вивченні властивостей мікроорганізмів, реакцій макроорганізму, діагностиці інфекційних хвороб. Наш досвід переконує, що оволодіння практичними навичками доцільно проводити систематично. В курсі загальної мікробіології студенти знайомляться з практичними методами, при вивченні спеціальної мікробіології та вірусології уточнюють їх, використовуючи для діагностики окремих захворювань.

Наука у вищій школі відіграє важливу роль, яка включає методологію навчання студентів і підвищення кваліфікації професорсько-викладацького складу, спосіб відтворення і розвитку інтелектуального потенціалу студентської молоді і служить потужним внеском у науково-технічний прогрес.

Основна частина. На кафедрі мікробіології, вірусології і імунології Вінницького державного медичного університету проводяться наукові дослідження антимікробної ефективності синтетичних препаратів, антибіотиків різних груп. Результати багаторічних досліджень колективу кафедри доз-

волили розробити і широко впровадити в медичну практику вискоєфективний антимікробний препарат декаметоксин [1]. Препарат за протимікробними та лікувальними властивостями не має аналогів в нашій країні і за кордоном. На сьогодні відібрані біологічно активні антисептичні речовини як потенційні антисептики для створення лікарських антисептичних препаратів нового покоління. На кафедрі вивчено ефективність стерилізації новими антисептиками хірургічних шовних матеріалів, імплантантів, медичного інструментарію, діагностичної апаратури та шкіри рук медичного персоналу.

Наукові здобутки колективу кафедри широко впроваджуються в навчальний процес при вивченні впливу фізичних, хімічних і біологічних факторів на мікроорганізми; антибіотиків, антисептиків та чутливості до них мікроорганізмів; хіміопротекції та хіміотерапії захворювань в інфекційних і неінфекційних клініках. Методики, що використовуються в науково-дослідній роботі, використовуються в навчальному процесі на практичних заняттях. На нашій кафедрі розроблено пристрій, який назвали трафаретом для дослідження чутливості мікроорганізмів до антибіотиків та хіміотерапевтичних засобів [2]. Він має вигляд пластини із світлопрозорого матеріалу з розташованими на ньому координатними мітками і вимірювальною шкалою у міліметрах (рис. 1). На заняттях трафарет використовують у ролі пристрою для вимірювання діаметра колоній бактерій і розмірів зон затримки росту мікроорганізмів. Оцінку чутливості збудників до антибіотиків студенти проводять наступним способом. На поверхню трафарету встановлюють чашку з поживним середовищем, засіяним зависом бактерій. Диски розкладають на агаризованому середовищі так, щоб їх центри співпадали із затемненими колами на лінійках з вимірювальною шкалою. Після цього посіви інкубують у термостаті протягом 18 год. Для обліку результатів чашку Петрі розташовують уверх дном на білій поверхні і на зовнішню поверхню дна чашки кладуть трафарет. Центри індикаторних дисків повинні співпадати із затемненими колами на вимірювальних лінійках трафарету. По шкалах, що містить трафарет, визначають величину діаметрів зон пригнічення росту мікроорганізмів. Маючи попередньо виведені калібрувальні криві, трафарет використовують для обчислення концентрації антибіотиків у поживному середовищі.

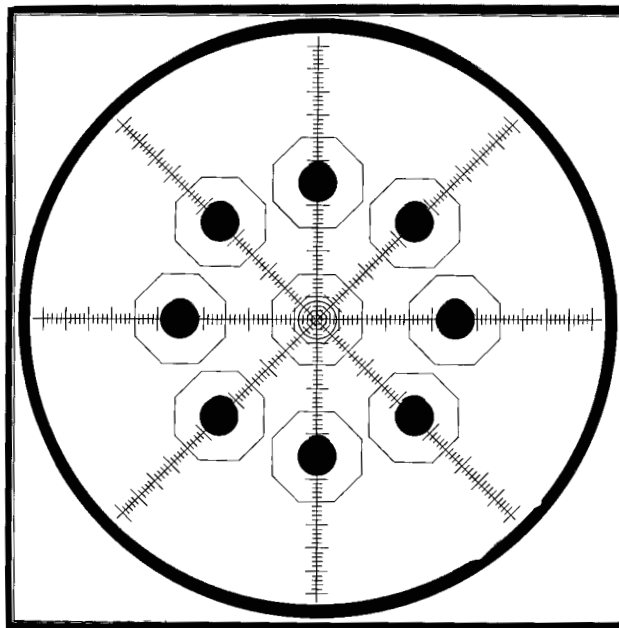


Рис. 1. Трафарет для дослідження мікроорганізмів.

Уміння оцінювати ефективність знезаражувальної дії розчинів декаметоксину та хлораміну студенти засвоюють на прикладі знезаражування штучно контамінованих хірургічних шовних ниток. Попередньо до практичного заняття готують тест-об'єкти з кусочків стерильного хірургічного шовку № 8 довжиною 1,5 см. Штучну контамінацію проводять шляхом замочування тест-об'єктів протягом 12 год у завису кишкової палички в ізотонічному розчині хлориду натрію, що містить $5 \cdot 10^8$ КУО/мл. Після завершення експозиції зараження тест-об'єкти підсушують між двома листками стерильного фільтрувального паперу і розкладають у стерильні чашки Петрі по 7 штук. Кожен студент на практичному занятті одержує 7 заражених тест-об'єктів, 7 пробірок з 2 мл м'ясопептонного бульйону, листок стерильного фільтрувального паперу у стерильній чашці Петрі, два бюкси, один з яких заповнений 10 мл 0,1% водного розчину декаметоксину, а інший – такою ж кількістю 0,5% розчину хлораміну.

Перший з тест-об'єктів, як контрольний, без занурення у знезаражувальні розчини вносять у пробірку з м'ясопептонним бульйоном (МПБ). Три тест-об'єкти занурюють у розчин хлораміну. З інтервалом 2 хв, 5 хв, 10 хв виймають по одному тест-об'єкту, видаляють залишки знезаражувального розчину стерильним фільтрувальним папером і переносять у пробірку з МПБ. За такою ж методикою три інших тест-об'єкти знезаражують у розчині декаметоксину і переносять у поживне середовище.

Облік результатів проводять через 24 год, на 7-му, 14-му дні. Тест-об'єкти, що не були знешкоджені в розчинах антисептика чи дезінфектанта, дають проростання бактерій у поживному середовищі. Відсутність росту тест-мікробів у пробірках із знезаражувальними тест-об'єктами свідчить про ефективність знезаражувальної дії препаратів, які використовували в дослідках.

Властивості сучасних антимікробних матеріалів студенти досліджують на прикладі протимікробних текстильних матеріалів, одержаних за оригінальною, розробленою нами технологією, яка полягає в імпрегнації декаметоксином із розчинів під дією постійного електричного струму [3]. Демонстративним для студентів є дослідження тривалості збереження антимікробних властивостей ниток, одержаних таким способом, порівняно з шовними матеріалами, яким антимікробних властивостей надано звичайним просяканням розчином антисептика.

Студенти переконуються, що промивання шовних матеріалів в ізотонічному розчині хлориду натрію практично позбавляє їх антимікробних властивостей, тому вони не утворюють зон затримки

росту стафілокока на поживному середовищі. Студенти роблять висновок, що нитки, імпрегновані декаметоксином у електричному полі, зберігають антимікробні властивості після тривалого відмивання.

Висновок. Таким чином, в сучасних умовах, які характеризуються величезним об'ємом наукової інформації, необхідно мати якісно новий рівень організації навчального процесу та проведення практичних занять зі студентами медичного ВНЗ. У зв'язку з цим, навчальний процес потрібно постійно насичувати якісно. Заняття з майбутніми лікарями необхідно систематично насичувати новою науковою інформацією, щоб вони були цікавими, формувати мислення спеціаліста. При цьому, як показав наш досвід, для підвищення якості засвоєння студентами навчального матеріалу необхідне поступове ускладнення елементів науково-дослідної роботи дослідників. Наш багаторічний досвід роботи у ВНЗ дозволяє зробити висновок, що в медичних закладах створена належна ефективна система формування у майбутніх лікарів глибокого клінічного мислення та ґрунтовної практичної підготовки.

Література

1. Антисептики у профілактиці й лікуванні інфекцій / За ред. Г.К. Палія. – К.: Здоров'я, 1997. – 201с.
2. А.с. 1619695, МКИС 12 М1/00. Трафарет для дослідження мікроорганізмів / Г.К. Палий, В.Г. Палий, Н.Ф. Пшеничний. – 114609865. – заявлено 28.11.1988. – Бюл. №1, 7с.

3. А.с. 1745266, МКИ А61М31/00. Способ получения антимикробного шовного материала / Г.К. Палий, В.П. Ковальчук, В.Г. Палий с соавт. // 4842094 – опубл. 09.09.1992. – Бюл. №25. – 3с.

Удк 61 (07.07)

АЕЕЕААААІ І В І ААЕ×І ЕО АЕНӨЕІ Е²І АІ АЕ²ЕНУЕІ Р І Т АІ Р ².І . Ñèòí èè

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

TEACHING OF MEDICAL SUBJECTS IN ENGLISH

I.O. Sytnyk

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлюються питання викладання медичних дисциплін англійською мовою в Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського. Автор ділиться досвідом вузівської підготовки іноземних студентів.

The problems of teaching of medical subjects in English in Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky are shown in the article. The author shares his experience concerning training of the foreign students at the higher educational establishments.

Вступ. З року в рік зростає кількість іноземних студентів у Тернопільській державній медичній академії. Спочатку на навчання приймали лише тих іноземних громадян, які володіли українською або російською мовами, оскільки англомовних викладачів у медичній академії на той час не було. Ті ж іноземні студенти, які не могли спілкуватись українською чи російською мовами, були позбавлені можливості навчатись у нас.

Основна частина. Ректорат і навчальний відділ Тернопільської державної медичної академії прийняли рішення про підготовку своїх англомовних викладачів профільних кафедр, які змогли б забезпечити навчальний процес для іноземних студентів англійською мовою [2]. З цією метою на кафедрі української та іноземних мов були організовані спеціальні курси з вивчення англійської розмовної мови. Для навчання були залучені висококваліфіковані викладачі з високим рівнем володіння англійською мовою, які досить інтенсивно і якісно провели навчальний процес. Серед них особливо напружено працювали І.А. Прокоп, І.О. Васильєва, О.Й. Демченко, М.І. Бобак, Н.В. Костяк та інші.

До спеціально сформованих маленьких груп було зараховано понад 90 викладачів практично з усіх теоретичних і клінічних кафедр академії.

Через два роки наполегливого навчання і тренінгу прийшли й перші успіхи. Спеціально створена авторитетна комісія для оцінки рівня володіння іноземною мовою провела ретельне тестування слухачів курсів і прийняла рішення про видачу сер-

тифікатів встановленого зразка тим викладачам, які можуть читати лекції і вести практичні чи семінарські заняття англійською мовою. Одним з перших отримали такі сертифікати проф. С.І. Климнюк, проф. К.А. Посохова, проф. Г.С. Мороз, доктор мед. наук М.М. Корда, доценти С.М. Андрейчин, А.В. Луцик, О.В. Денефіль, О.М. Барна, В.В. Дем'яненко, асистенти О.П. Андріішин, Н.І. Багній, А.Р. Вайда, І.Я. Господарський, Л.П. Мартинюк, В.П. Марценюк, Н.О. Ліщенко, Л.Я. Федонюк та інші (всього понад 40 викладачів).

Сьогодні ще 55 викладачів продовжують наполегливо вивчати англійську мову. Отже, підготовку відповідних англомовних спеціалістів навчального процесу академія взяла на себе.

У перші ж дні викладання профільних теоретичних і клінічних дисциплін виникли неабиякі труднощі, зумовлені майже повною відсутністю підручників і навчальних посібників, виданих англійською мовою. Але й ці труднощі швидко подолали. Самі ж викладачі розпочали енергійно працювати над створенням робочих планів, текстів лекцій і розширених методичних розробок практично з усіх навчальних дисциплін, що вивчаються на кафедрах першого-третього курсів медичного факультету. Лише впродовж одного року було написано більше 150 текстів лекцій та понад 200 методичних розробок. Значна частина з них надрукована у видавництві "Укрмедкнига" з таким розрахунком, щоб кожен іноземний студент отримав ці навчально-методичні матеріали для власного користування. Аналогічну роботу з підготовки текстів лекцій та методичних розробок почали і викладачі старших курсів.

Особливо якісно й оперативно підготовлені необхідні навчально-методичні матеріали з таких фундаментальних дисциплін, як анатомія, біологія, гістологія, медична хімія, нормальна фізіологія, мікробіологія, фармакологія, терапія, хірургія, педіатрія тощо [1].

Велика підготовча робота дала змогу розпочати з першого вересня 2000 року навчання англійською мовою. Сьогодні на всіх теоретичних і клінічних кафедрах академії навчається 123 іноземних студенти. Навчальний процес у частини з них проводиться українською (чи російською) мовою, у решти – англійською.

Практика показала, що навчання англійською мовою приносить велику користь і для викладачів. Слухаючи оригінальну англійську мову іноземних студентів, вони постійно вдосконалюють свою педагогічну майстерність, забезпечують лексику, типові граматичні конструкції речень, мелодику мови тощо.

Рівень і якість викладання англійською мовою постійно контролюються ректоратом, навчальним відділом та створеною за наказом ректора спеціальною комісією. Перевірка показала, що до навчального процесу всі викладачі ставляться з великою відповідальністю, готують схеми, таблиці, слайди, мікрофотографії з англійською термінологією. Вони постійно вдосконалюють свій лексичний багаж, вдаються до різноманітних форм і методів викладу навчального матеріалу. Анонімне опитування студентів показало, що в окремих викладачів ерудиція, лекторська майстерність, вміння спілкуватись і зацікавити вивчати свою дисциплі-

ну заслуговує високої оцінки. Глибокою повагою і авторитетом користуються серед іноземних студентів О.Й. Демченко (латинська мова), Н.І. Багній (біологія і генетика), С.І. Климнюк (мікробіологія), М.М. Корда (медична хімія), А.В. Луцик (нормальна фізіологія) тощо.

У групах іноземних студентів (як і україномовних) є особи з різним рівнем володіння англійською мовою та поточною успішністю з теоретичних і клінічних дисциплін. Окремі з них мають значні успіхи у вивченні багатьох предметів. У своїх відповідях в процесі опитування вони показують глибокі знання з анатомії та фізіології людини, біології, фізики, хімії та медичної інформатики. Так, Рахма Убай і Фарун Шахед (25 група першого курсу) мають великі успіхи у вивченні латинської мови. Грунтовні знання з біології та генетики показують студенти Адам Мухаммед, Альбена Магер і Абдалла Ахмед (24 група).

Цілком задовольняє викладачів високий рівень самопідготовки Шеріфа Сардара Ахмеда з мікробіології та нормальної фізіології. Під час практичних занять він дає досить ґрунтовні відповіді, вступає у творчі дискусії з викладачами. До того ж, він прекрасно володіє вишуканою англійською мовою.

Висновок. Тернопільська державна медична академія успішно долає ще один важливий рубіж у підвищенні рівня навчального процесу. Можливість вивчати медичну науку англійською мовою безумовно сприятиме більш широкому напливу іноземних студентів з різних країн, а наша медична академія стане одним із кращих навчальних закладів в Україні і Європі.

Література

1. Запорожан В.М., Кресюк В.Й. Золотий ювілей Одеського медуніверситету // Медична освіта. – 2001. – № 2. – С. 68-70.

2. Ковальчук Л.Я. Тернопільська державна медична академія ім.І.Я. Горбачевського – нові рубежі // Медична освіта. – 2001. – № 2. – С. 71-78.

УДК617.7.(074.4)(025.2)

**І .А. АГ АΒΔΕ×ΕΙ , Α.Ν. ΕΤΙ ×Α. ΑΙ ²ΑΑΙ ²Τ ΕΤ Α²Β: Ι ²ΑΔΟ×Ι ΕΕ. –
ΟΔΑΓΙ ΤΙ ²ΕÜ:ΟΕΘΙ ΑΑΕΙ ΕΑΑ, 2000. – 382 Ν.**

Видання першого українського підручника з епідеміології, що адресований для студентів вищих медичних закладів освіти I-II рівнів акредитації, без сумніву, можна вважати визначною подією в розвитку національної медичної освіти. Проте, окрім безпрецедентності, це видання справді є гідним найкращих сподівань на зручний і змістовний підручник з такого складного для викладання предмета, як епідеміологія.

Підручник складається з двох частин: “Загальна епідеміологія” і “Спеціальна епідеміологія”. У вступній частині наведений короткий, але добре ілюстрований історичний нарис розвитку епідеміології як науки. При цьому наголошені пріоритети вітчизняних учених у багатьох досягненнях цієї науки. Перша частина “Загальна епідеміологія” містить визначення епідемічного процесу та сучасну характеристику його основних ланок: джерела збудника, механізму передачі та сприйнятливою колективу. Зважаючи на те, що попередні підручники з епідеміології звичайно містили декілька томів (наприклад, підручник за редакцією І.І. Йолкіна), на розсуд епідеміолога, більшість визначень епідеміологічних категорій у цьому підручнику дещо спрощені. Іноді автори допускають неточність у характеристиці епідемічного процесу. Наприклад, третю ланку вони позначають як “сприйнятливий організм” і далі описують особливості сприйнятливості та резистентності до інфекції організму людини як біологічного виду. Проте основна відміна епідемічного процесу від інфекційного і полягає в тому, що епідемічний процес – це розповсюдження збудника в популяції людей, тобто в певному колективі. Сприйнятливість або резистентність окремих членів колективу та їх співвідношення і створюють основну характеристику третьої ланки епідемічного процесу, від якої залежить його розвиток або припинення. Таким чином, правильніше було б позначити третю ланку як “сприйнятливий колектив” або, принаймні, як “сприйнятливість населення”. Автори самі виправляють свою помилку, коли в подальших розділах

описують “заходи стосовно сприйнятливою колективу” (с.103).

Взагалі треба визнати, що теоретична епідеміологія викладена дуже стисло і цілком зрозуміло. Згадані основні епідеміологічні теорії Л.В. Громашевського, Є.Н. Павловського, В.Д. Белякова. Кожне теоретичне положення чи узагальнення неодмінно пов’язане з певною галуззю профілактики або боротьби з інфекційними хворобами. Доречно викладені структура санітарно-епідеміологічної служби в Україні, а також функціональні обов’язки помічників епідеміологів, включаючи зразки їх основної звітної документації. В першій частині підручника “Загальна епідеміологія” слід відзначити розділи, присвячені дезінфекції, дезінсекції, дератизації та стерилізації. Окрім детального опису з великою кількістю ілюстрацій відповідних пристосувань та апаратів, ці розділи містять алгоритми таких важливих професійних маніпуляцій, як приготування дезінфекційних розчинів хлорного вапна, достерилізаційної обробки виробів медичного призначення та контроль її якості. Значно меншу увагу автори приділили імунопрофілактиці. Теоретичний матеріал міститься всього на 4 сторінках, з яких 2 займає календар щеплень. Нічого не сказано про вірогідність і види побічної дії або ускладнень після вакцинації. Наведено алгоритм введення чужорідної сироватки, проте доцільніше, мабуть, було б пропонувати алгоритм першої допомоги у випадку анафілактичної реакції на введення вакцини.

Без сумніву, найбільш досконалою є друга частина підручника “Спеціальна епідеміологія”. Більш ніж 40 нозологічних форм різних інфекцій викладені за чіткою схемою: актуальність, етіологія, джерело, механізм і шляхи передачі збудника, прояви епідемічного процесу, основні напрямки епідеміологічного обстеження, протиепідемічні заходи, відповідно спрямованості до різних ланок епідемічного процесу, та специфічна профілактика. Такий засіб викладення матеріалу робить доцільним використання цього підручника як довідкового посібника для широких кіл медичних працівників, не пов’язаних безпосередньо з інфекційними хворобами або епідеміологічною практикою. Досить раціональним слід вважати висвітлення разом декількох нозологіч-

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

них форм, близьких за епідеміологією, наприклад, хвороб, що передаються статевим шляхом, або парентеральних вірусних гепатитів, гельмінтозів тощо. Позбавлений зайвої деталізації підхід дійсно сприятиме кращому засвоєнню студентами великої кількості тем, передбачених програмою.

Вкрай потрібні розділи, присвячені внутрішньо-шпитальним інфекціям і санітарно-епідемічному режиму лікувальних закладів, епідемічним наслідкам стихійних лих, протиепідемічним заходам у військах. Оскільки подібних публікацій дуже мало, а навчальна література вкрай застаріла або зовсім відсутня, ці теми стануть корисними для багатьох практикуючих епідеміологів і викладачів.

До переваг підручника треба додати і те, що важливіші розділи доповнені матеріалом до практичних занять, що дуже зручно для викладача і відкидає необхідність додаткового практичного посібника.

Нарешті треба сказати про якість оформлення підручника. Чіткість і наочність схем і таблиць, зручне виділення визначень і основних положень для запам'ятовування, виразність ілюстрацій разом із бездоганною якістю друку та коректури, роблять підручник "Епідеміологія" гідним найкращих оцінок. Можна сподіватись, що він займе певне місце в бібліотеках усіх медичних вузів I-II рівнів акредитації в Україні.

**Зав. кафедри інфектології Інституту народної медицини
д. мед. н. О.В. Деміховська
(м. Дніпропетровськ)**

УДК 612.6.05(049.3)

**А.А. І ²ØАЕ, ².О. І АУÈØАІ, Т.А. І ²ØАЕ, А.О. І ЕНÈÈÖÜÈÈÈ.
Т НІ Т АЕ І ААÈ×І Т - ААІ АӨÈÈÈ: І АА×АЕÜІ ÈÈ І Т Н²АІ ÈÈ ÄÈВ
НÒОААІ Ø²А АЕÜÈÖ І АА×АЕÜІ ÈÖ І ААÈ×І ÈÖ ÇАÈÈАА²А ².-²²
Ø²АІ ²А АЕØАÄÈØАÖ²-. – ×ÄІ ²ÄÖ²: І АААÈАААІ ²В, 2000. – 248 Н.**

Перший в Україні навчальний посібник “Основи медичної генетики” для студентів I-II рівнів акредитації створений відповідно до навчальної програми “Медична генетика”.

Генетика – наука, яка швидко розвивається, а це вимагає оперативної роботи по створенню підручників та навчальних посібників, котрі висвітлювали б найсучасніші досягнення її розвитку.

Колектив авторів являє собою майже ідеальний варіант авторського колективу для написання подібного посібника:

професор В.П. Пішак – завідувач кафедри медичної біології та генетики; професор І.Ф. Мешишен – завідувач кафедри медичної хімії;

доцент О.В. Пішак – терапевт; професор В.Ф. Мислицький – завідувач кафедри патологічної фізіології.

Однією з характерних рис сучасної науки є диференціація і спеціалізація знань. Цей процес досяг уже тієї межі, за якою відчувається реальна загроза втрати взаєморозуміння навіть між представниками однієї й тієї ж наукової дисципліни, не кажучи вже про різні.

Творчий колектив рецензованого посібника продемонстрував плідність наукової співпраці спеціалістів із різних галузей знань і підтвердив істину, що наука єдина. Адже тільки в цьому випадку вона здатна адекватно відображати об’єктивну реальність і приносити практичну користь.

Навчальний посібник “Основи медичної генетики” написаний чіткою, лаконічною, гарною українською мовою. Охоплюючи різноманітний навчальний матеріал, книга, разом із тим, відрізняється високою органічністю і цілістю його викладання з урахуванням найновітніших відкриттів та розробок.

У короткій передмові автори зумовлюють доцільність створення подібної книги і визначають

її роль у системі підготовки спеціаліста II рівня акредитації.

Лapidарні вступ та розділ історії розвитку генетики дають, однак, досить повну уяву про основні віхи становлення генетики у світі та Україні.

Автори, за браком місця, свідомо опускають опис трагічного розгрому генетики в колишньому Радянському Союзі після сумнозвісної сесії ВАСГНІЛ*, результати якого ми відчуваємо й сьогодні.

Перший розділ знайомить читача з поняттям генетики людини та медичної генетики, методами, якими користується генетика як наука для отримання інформації, завдячаннями, які стоять перед генетикою.

Розділ другий присвячений клітинним основам спадковості. Коротко, але чітко викладена будова клітини, починаючи з цитомембрани і закінчуючи субклітинними органелами.

Характеризуючи ядро, його структуру та функціональне значення, автори детально розглядають структуру, типи і властивості метафазних хромосом, поняття про каріотип, видову специфічність хромосом, статеві хромосоми. При аналізі фізіологічних процесів мітозу та мейозу описані їх патологічні зміни, що призводять до виродливостей.

Механізми запліднення розглянуті в загальнобіологічному аспекті з акцентом на запліднення у людини. Окремим підрозділом виділені порушення процесу запліднення і його наслідки для потомства.

Біохімічним основам спадковості присвятили автори третій розділ своєї праці.

Матеріал викладений коротко, доступно, логічно. Розглянута генетична роль нуклеїнових кислот, їх будова, принципи генетичного коду, механізми транскрипції і трансляції, основні точкові мутації, в окремому підрозділі розглянуто методи генної інженерії та біотехнології.

Розділи IV, V, VI висвітлюють закономірності успадкування ознак, взаємодії генів, впливу середовища на процеси спадковості.

*ВАСГНІЛ – Всесоюзна академія сільськогосподарських наук ім. Леніна.

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

У розділі VII знайшли відображення питання патології спадковості.

Ця частина книжки є вкрай важливою з практичної точки зору, бо, власне, вся підготовка спеціаліста ведеться з метою практичного застосування отриманих знань із пренатальної діагностики та запобігання появи дітей зі спадковими хворобами та вродливостями.

Визначені конкретні завдання медичної сестри, акушерки, санітарного фельдшера у попередженні спадкової патології.

У розділі VIII наведений огляд основних методів, які використовує медична генетика для діагностики, лікування, і, що найголовніше, – профілактики спадкових захворювань.

Детально описані цитогенетичний метод, методика дослідження каріотипу та складання каріо-

грам людини, значення вивчення статевого хроматину.

Значна увага приділена методиці складання родоводів, їх аналізу та ряду інших методів.

Останній IX розділ присвячений організації та проведенню медико-генетичного консультування з чітким визначенням ролі середнього медичного працівника у кожному заході.

Хочемо відмітити для читача особливості книги, які полегшують роботу над нею:

- щедрий ілюстрований матеріал;
- питання для самоконтролю в кінці кожного розділу;
- короткий термінологічний словник, яким закінчується книга.

Впевнені, що книга буде мати щасливу долю і її переваги гідно оцінять читачі.

**Д.б.н., професор кафедри біології і генетики
Івано-Франківської державної медичної академії В.П. Стефурак**

**К.м.н., доцент, директор Чернівецького базового медичного училища
Буковинської державної медичної академії О.Ф. Кулик**

616.24+ 616.25] – 079.4(049.3)

АКТУАЛЬНІСТЬ ПОЯВИ ЦЬОГО НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА ОЧЕВИДНА. З ОДНОГО БОКУ, БЕЗПЕРЕРВНО ЗРОСТАЮТЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ, ТУБЕРКУЛЬОЗ У СТАНІ ЕПІДЕМІЇ; З ДРУГОГО БОКУ – ПОГІРШУЮТЬСЯ ЕКОНОМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НА РАННЕ ВИЯВЛЕННЯ, ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЦИХ ХВОРОБ, ЩО ПРИЗВОДИТЬ ДО ДІАГНОСТИКИ ЦИХ ПРОЦЕСІВ У ЗАДАВНЕНИХ СТАДІЯХ І, ЯК НАСЛІДОК, – ВТРАТУ ПАЦІЄНТА.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК ОФОРМЛЕНИЙ ХУДОЖНЬО-ЕСТЕТИЧНО, НА ВИСОКОМУ МИСТЕЦЬКО-ЛІТЕРАТУРНОМУ РІВНІ. ПОБУДОВАНИЙ ТРАДИЦІЙНО: ПЕРЕДМОВА, МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ, ВИСВІТЛЕННЯ СИНДРОМІВ ТА НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМ ХВОРОБ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ, ДИФЕРЕНЦІАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ТАБЛИЦІ ТА АЛГОРИТМИ, АНАЛІТИЧНИЙ СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

У ПЕРЕДМОВІ ОКРЕСЛЕНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПУЛЬМОНОЛОГІЇ, ПОГЛЯДИ НА ЇХ МОЖЛИВЕ ВИРІШЕННЯ В ЧАС ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ.

У РОЗДІЛІ ДІАГНОСТИКИ В КЛАСИЧНОМУ СТИЛІ ОПИСАНА СИМПТОМАТИКА ХВОРОБ ЛЕГЕНЬ, ЇЇ ГЕНЕЗ І ОСОБЛИВОСТІ. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ВИКЛАДЕНІ ЧІТКО, З УРАХУВАННЯМ ДОСЯГНЕНЬ СУЧАСНОЇ НАУКИ. КРІМ ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ, ТАКИХ ЯК КЛІНІЧНА СЕМІОТИКА, РЕНГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ, РАДІОНУКЛІДНА ДІАГНОСТИКА, ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКА, МІКРОБІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ЗБУДНИКІВ ПНЕВМОНІЙ І МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ОПИСАНІ ДЕЯКІ СУЧАСНІ МЕТОДИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ТА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ. ДОСТУПНО ОПИСАНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА БІОПСІЙНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ, МЕТОДИКА ЦИТОЛІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРКОТИННЯ.

ІНШІ РОЗДІЛИ ПРИСВЯЧЕНІ РІЗНИМ ЛЕГЕНЕВИМ РЕНГЕНОЛОГІЧНИМ СИНДРОМАМ. ВИДІЛЕНІ “ЛЕГЕНЕВА ДИСЕМЕНТАЦІЯ”, “ЛЕГЕНЕВІ ІНФІЛЬТРАТИ”, “КУЛЯСТІ УТВОРИ В ЛЕГЕНЯХ”, “ПОРОЖНИНИ В ЛЕГЕНЯХ”, “ПРИКОРЕНЕВІ І ПАРАМЕДІАСТИНАЛЬНІ ПРОЦЕСИ”, “ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПЛЕВРИ”. СТРУКТУРА КОЖНОГО З ЦИХ РОЗДІЛІВ ІДЕНТИЧНА. ДАЄТЬСЯ КОРОТКЕ ВИЗ-

начення регненологічного синдрому (легеневої дисементації, інфільтрату та ін.), у підрозділах описані окремі нозологічні одиниці, їх етіологія, патогенез, патоморфологія, клініко-рентгенологічні ознаки.

Клінічні форми захворювань легень висвітлені з позицій досягнень сучасної науки, формулювання чіткі, матеріали в кожному конкретному випадку інформативні, ілюстровані рентгенограмами. Окремими блоками подані діагностичні критерії кожного захворювання, що значно полегшує засвоєння інформації.

Заслужують особливої уваги диференціально-діагностичні таблиці і алгоритми, які допомагають визначити напрямок діагностичного пошуку залежно від початку захворювання (гострий, поступовий чи безсимптомний), провідних симптомів, рентгенологічних проявів. Теоретичне викладення матеріалу проілюстровано складними для діагностики випадками власних спостережень авторів, у тому числі доволі рідкісних захворювань (гістіоцитоз, синдром Гудпасчера тощо).

Посібник надзвичайно потрібний сьогодні як лікарям, так і студентам старших курсів вищих медичних навчальних закладів. Доцільно збільшити його тираж, з метою забезпечення лікарів і студентів України.

Побажання: при наступних перевиданнях, враховуючи наші економічні негаразди, слід було б висвітлити так звану міні-симптоматику захворювань легень, розроблену на нашій кафедрі, яка доступна на найнижчій медичній ланці і дає можливість ранньої діагностики цих хвороб.

Таким чином, навчальний посібник “Диференціальна діагностика захворювань легень і плеври” має надзвичайно велике практичне значення для своєчасного виявлення цих хвороб, їх диференційної діагностики, лікування і профілактики.

Зав. курсом фтизіатрії ІФДМА, доктор медичних наук, професор В.І. ЗОЗУЛЯК

УДК 617.7(075.8)(049.3)

**А.А. Аєаіі °äî ä, î .î . Näöä³°î êî . Î ×Í² ÑÄÎ ÐÎ АЕ. – Е.:
Çäî õî ä'ÿ, 1999. – 310 ñ.**

Книга “Очні хвороби” допущена МОЗ України як підручник для студентів медичних ВНЗ III і IV рівнів акредитації. У ньому, як зазначено в передмові, узагальнено досвід викладання матеріалу про очні хвороби на кафедрах офтальмології Одеського, Вінницького, Львівського, Запорізького, Івано-Франківського та інших медичних ВНЗ України.

Підручник написаний колективом українських авторів – провідних спеціалістів у галузі офтальмології – за редакцією член-кореспондентів АМН України Г.Д. Жабоедова і М.М. Сергієнка. У його підготовці взяли участь 9 докторів і 7 кандидатів медичних наук та 1 лікар. Видання обсягом 310 сторінок має 18 глав і проілюстроване 115 чорно-білими та 32 кольоровими рисунками.

Підручник написано відповідно до програми з очних хвороб для студентів вищих навчальних медичних закладів (Київ, 1995). У ньому висвітлено сучасні досягнення в офтальмології з методів діагностики та лікування очних захворювань. Матеріал розміщено, в основному, згідно з академічними вимогами.

Позитивно оцінюючи бажання авторів видати новий підручник українською мовою, хотілось би частково висловити своє бачення цієї книги. На мою думку, глава 17 “Невідкладна допомога в офтальмології” не зовсім доцільна, бо викладений у ній матеріал є повторенням матеріалу попередніх глав.

Ілюстрації нерівномірно розподілені в різних главах підручника, кольорові рисунки не пов'язані з текстом, деякі дублюють один одного (23 і 100, 19 і 28, 20, 29 і 30) або не відповідають текстовому матеріалу. Так, на сторінці 259 (другий рядок знизу) мова йде про іридодіаліз, а рисунок 23, на який робиться посилання, підписаний “Травматична базальна колобома райдужки”. На сторінці 274 описується стороннє тіло в задній камері ока і робиться посилання на рисунок 32, на якому ілюструється стороннє тіло на очному дні.

Травми органа зору, дренажна система ока та флюоресцентна ангіографія надміру проілюстровано, а методи дослідження органа зору, захворю-

вання повік, кон'юнктиви, судинної оболонки і кришталика – недостатньо.

Виклад текстового матеріалу за своїм обсягом не однаковий. Наприклад, дослідження переднього відділу ока описано дуже коротко і без жодного рисунка, а флюоресцентну ангіографію – занадто детально і проілюстровано 5 рисунками, що потрібно лише спеціалісту, який займається таким дослідженням.

У зв'язку з тим, що підручник писали 17 авторів, то в ньому має місце неоднорідність стилю мови у викладі матеріалу, відсутній тісний зв'язок із різними главами, що спричинило повторення інформації. Наприклад, енд офтальміт і пан офтальміт описано тричі (стор. 148, 279, 291). З цієї ж причини по-різному трактується кільце Фоссіуса (с. 158 і 261).

Підручник недостатньо літературно і науково відредаговано, тому в ньому багато граматичних помилок, анатомічних, офтальмологічних і фармакологічних неточностей, спотворень змісту слів і окремих речень, русизмів і різних місцевих діалектів, недостатня логічність змісту окремих речень, починаючи від передмови і закінчуючи останньою сторінкою книги. Так, останнє речення передмови звучить: “Висловлюю подяку професору Ю.М. Кондратенку за корисні рекомендації щодо рецензування підручника”. “Руководство по глазным болезням” перекладено на українську мову як “Керівництво...” (с. 8-9).

Відмічаються неправильні назви анатомічних структур латинською мовою: читаємо “formen” замість “foramen”; “supraorbitalis, m.obligeus” замість “obliquus superior” (с. 13). На сторінці 13 будову присередньої стінки очної ямки описано так: “Внутрішня стінка очної ямки утворена решітчастою кісткою, “паперовою” її пластинкою, а спереду – слізною кісткою та лобовим відростком верхньої щелепи біля вершини орбіти”. А треба в такій послідовності спереду до вершини очної ямки: лобовий відросток верхньої щелепи, слізна кістка, “паперова” пластинка решітчастої кістки і передня частина клиноподібної кістки. На сторінці 14 читаємо: “... носослізний кістковий канал, що відкривається в нижній слізний (треба носовий) прохід”. Відвідний нерв замість “n.abducens” названо “n.abduceus” (с. 14).

На сторінці 14 надруковано: “... крізь щілину проходить судинно-нервовий пучок, ушкодження яко-

го призводить до синдрому верхньоорбітальної щілини (екзофтальм, мідріаз, геміплегія та інші)". Замість "офтальмоплегія" написано "геміплегія". На сторінці 15 читаємо: "facia (треба fascia) tarsoorbitalis". На сторінці 20 надруковано: "... до рухових нервів належать n.n.abduceus (треба abducens), oculomotorius, trochlearis (треба trochlearis), ramus ophthalmicus n.trigemini, до чутливих – n.n.trigeminus, opticus". Ramus ophthalmicus – це чутлива гілка трійчастого нерва, а її віднесено до рухових нервів. N.opticus – зоровий нерв, який не має відношення до чутливої іннервації. На сторінці 21 надруковано: "Підняття ока догори і назовні – блоковий нерв (n.trochlearis), що іннервує верхній косий м'яз та як жом орбіти закриває її спереду". Речення не зрозуміле, і в ньому немає логіки. Верхній косий м'яз, як відомо, повертає очне яблуко донизу і назовні. Блоковому нерву приписана не зрозуміла функція "жому орбіти, що закриває її спереду". На сторінці 24 неправильно надруковано латинською мовою назви м'яза й артеріальних дуг повік: m.torsalis Mulleri (треба tarsalis), arcus tarsus superior, arcus tarsus inferior (треба tarseus). На сторінці 26 читаємо: "... назовні півмісяцевої складки розташоване слізне м'ясе", тоді як воно розміщене медіально від цієї складки. На сторінці 31 водянисту вологу задньої камери ока віднесено до заломлюваного апарату, а решітчасту пластинку названо "lamina sribrosa", замість "lamina cribrosa".

Основні й найдоступніші методи дослідження ока (зовнішній огляд, фокальне освітлення, дослідження в прохідному світлі, офтальмоскопія і біомікроскопія) описано дуже коротко і проілюстровано недостатньо (с. 53-58).

Методику вимірювання внутрішньоочного тиску тонометром Маклакова також описано дуже коротко, без жодного рисунка і незрозуміло (с. 183-184). З помилками і незрозуміло надруковано цифри нормального внутрішньоочного тиску: "Середній внутрішньоочний тиск дорівнює 15-18 мм рт. ст., й індивідуальні його коливання не перевищують 7-8 мм рт. ст. Верхня межа нормального тиску становить 26 мм рт. ст." (с. 185). Як відомо, цифри нормального тонометричного тиску знаходяться в межах 16-26 мм рт. ст., а добові його коливання не перевищують 5 мм рт. ст.

Гостроту зору та її дослідження й отримані дані описано дуже коротко. На сторінці 61 читаємо: "Якщо гострота зору нижча 0,02, зазначаємо." Це не зовсім так, бо, як відомо, є ще $visus=0,01$, $visus=рах.$ пальців,

$visus=$ руху руки, аж тільки після цього $visus=$. Методику дослідження гостроти зору не описано, що є значним недоліком, бо визначати гостроту зору в дорослої людини й у дітей різного віку повинен уміти лікар будь-якого фаху. Про колірний зір і його дослідження надруковано дуже мало – лише 7 рядків (с. 64), а таке обстеження в лікарській практиці проводять досить часто. Недостатньо описано світловідчуття і його дослідження (с. 64).

У главі "Оптична система і рефракція ока" на сторінці 71 рисунок 25 не зрозумілий. Оскільки промінь, що йде справа наліво потрапляє на ввігнуту поверхню, то він буде заломлюватись розбіжно, а не збіжно, як це показано на рисунку. В текстовому матеріалі з приводу цього немає жодних пояснень.

Вимірювання оптичної сили лінзи в діоптріях проводять не тільки в офтальмології, як зазначено на сторінці 70, але і в оптиці. Скорочено діоптрію оптики позначають: "дптр", а в підручнику – "дпт". Формулу Дондерса написано неправильно: $A=+(\pm R)$ (с. 82). А треба: $A=P-(\pm R)$. Найсучаснішому виду корекції – аметропії контактними лінзами відведено всього 9 неповних рядків без жодного рисунка, що вкрай недостатньо.

У главі "Захворювання очної ямки" клінічну картину флегмони очної ямки описано не в типовому варіанті, а з такими ускладненнями, як неврит зорового нерва, тромбоз центральної вени сітківки та ін. (с. 231). Щодо хірургічного лікування флегмони очної ямки допущено анатомічну і хірургічну неточність. Щоб проникнути глибоко, на 4-5 см, в очну ямку, розріз потрібно зробити не до тарзо-орбітальної фасції, як зазначено на сторінці 232, а необхідно цю фасцію розрізати, і тільки тоді ми проникнемо в очну ямку на вказану вище глибину.

У главі "Захворювання повік" неправильно трактується поняття "халазіон". Цитую: "Градина повік халазіон (треба "халазіон") – безболісний проліферативно-гіперпластичний процес у мейбомієвій (правильно "мейбомійовій") залозі, пов'язаний із затримкою виділення та наступним інфікуванням її секрету" (с. 96). Це не так. Халазіон дійсно розвивається в результаті закупорення вивідної протоки мейбомієвої залози, в якій, у зв'язку з цим, скупчується її секрет. Скупчення секрету в залозі призводить до перерозтягування та розриву залози з наступним проникненням її секрету в хрящ повіки, де він, як сторонній продукт, спричиняє асептичний, мляво перебігаючий запальний процес, який осумковується в хрящі. Якщо ж у мейбомієву залозу потрапить гноєтворна інфекція, як зазначено в підручнику, то в ній

розвинеться гострий гнійний запальний процес, який називають внутрішнім ячменем.

У главі “Захворювання слізних органів” запалення слізного мішка описано дуже коротко й об’єднано хронічний гнійний дакриоцистит із флегмоною слізного мішка (с. 99), що методично і з лікарської точки зору хибно, бо клініка цих захворювань, лікування та лікарська тактика різні. У підручнику зазначено, що лікування потрібно починати з масажу і промивання слізного мішка, що є помилковим, бо в дорослих хронічний дакриоцистит лікують не так. До того ж масаж слізного мішка протипоказаний, бо може бути причиною розповсюдження гнійної інфекції і виникнення смертельно небезпечних ускладнень.

У главі “Захворювання кон’юнктиви” хемоз трактується так: “Хемоз – випадання набряклої кон’юнктиви в очну щілину, оболонка стає непрозорою, поверхня її – шорсткою, з’являються поодинокі або численні фолікули” (с. 100). Це неправильно. Хемоз – це виражений набряк кон’юнктиви. А описані вище зміни кон’юнктиви зумовлені впливом зовнішніх несприятливих факторів. При хемозі кон’юнктива не завжди випадає й ущемлюється в повіковій щілині. А щодо фолікулів, то вони можуть з’являтися у кон’юнктиві й без хемозу.

На сторінці 108 помилково зазначено, що збудником трахоми є гальпрівій. Уже 26 років відомо, що її збудником є хламідія (М.Л. Тариццо, Женева, 1975). Трахому викликає штамп хламідії А-С, а паратрахоми – штамп Д-К. Претрахома на латинській мові “dubium”, а не “dibium”, як зазначено в підручнику (с. 108).

У главі “Захворювання судинної оболонки” етіопатогенез увеїтів розглянуто в підрозділі “Ускладнення увеїтів” (с. 149), що методично не правильно.

У главі “Захворювання кришталика” коротко описано різні види катаракт, недостатньо ілюстровано стисло. Афакию розглянуто в главі “Оптична система і рефракція ока” (с. 75), що з методичної точки зору не виправдано. Вторинну катаракту зовсім не описано. Піддається сумніву консервативне лікування початкових стадій катаракти. А, як відомо, у світі виготовляється багато різних ліків для лікування таких катаракт. Етіопатогенез катаракти, із сучасної точки зору, як і її ускладнення, в підручнику не описано. Не наведено найсучаснішої методики видалення катаракти за допомогою лазера – лазерної факоемульсифікації.

У главі “Внутрішньоочний тиск і його патологія” в таблиці 3 на сторінці 190 “Класифікація первинної глаукоми” з російської мови “далекозашедшая стадия” перекладено як “глибока стадія”. Мабуть, краще “запущена” або “задавлена”. Форму глаукоми в одних випадках названо “формою”, в інших – “типом”. Рівень внутрішньоочного тиску позначено великими буквами, тоді як потрібно малими. У цій же таблиці вказано, що нормальним внутрішньоочний тиск буває тільки в початковій стадії глаукоми, помірно підвищеним – у II і III стадіях, а високим – тільки в IV стадії захворювання, що далеко не так. Стабілізацію глаукоми показано хибно. Межі поля зору в різних стадіях глаукоми описано нечітко, вони демонструються незрозумілими для студентів даними комп’ютерної периметрії. Мабуть, доцільніше та зрозуміліше для них схематично показати межі поля зору в різних стадіях цього захворювання, а дані комп’ютерного дослідження поля зору продемонструвати як досягнення сучасної периметрії.

На сторінці 196 зазначено: “Найбільш часто застосовувані в клініці міотики наведено в таблиці 4”, яку озаглавлено так: “Найбільш часто застосовувані симпатоміметичні засоби”. Тоді як у ній представлено холінергічні та холінестеразні препарати, що входять, як відомо, в групу холіноміметичних лікарських засобів (Машковский М.Д. Лекарственные средства. – 1987. – Т.1). У цій таблиці, як часто вживані препарати наведено фізостегмін та інші ліки, які останнім часом майже не застосовують для лікування глаукоми через негативну побічну дію: подразнюють кон’юнктиву, спричиняють біль в оці, головний біль, викликають виражений і тривалий міоз. А довготривале їх використання зумовлює помутніння кришталика.

На сьогодні, як відомо, поряд із холінергічними препаратами досить широко застосовують для лікування відкритокутової глаукоми α - і β - адреностимулятори (епінефрин, дипівефрин), які знижують внутрішньоочний тиск шляхом покращання відтоку водянистої вологи в дренажній системі, стимуляції увеосклерального шляху відтоку та частково пригнічення секреції водянистої вологи.

Усе ширше використовують нову групу гіпотензивних препаратів – групу простагландинів Fa_2 (латанопроуст, унопростон), які досить ефективно знижують офтальмотонус за рахунок стимуляції увеосклерального відтоку водянистої вологи через війкове тіло в супрахоріоїдальний простір.

Уже є певний досвід у лікуванні глаукоми препаратами, які пригнічують продукцію водянистої во-

логи і таким чином знижують внутрішньоочний тиск. Сюди відносять α_2 -адреностимулятори (клоїдин), α - і β -адреноблокатори (проксодолол), β_1 -адреноблокатори (бетаксоллол), $\beta_{1,2}$ -адреноблокатори (тимолол).

Останнім часом з'явилися інгібітори карбоангідрази місцевої дії (дорзоламід), які застосовують у вигляді крапель у кон'юнктивальний мішок.

З помилками надруковано в підручнику такі терміни: карбахолін – "карбохолін", епінефрин – "епінефрит" (с. 196-197, табл. 4 і 5), простагландинів – "простогландинів", трузопт – "трусопт" (с. 197).

Гіпотензивну дію дорзоламиду описано так: "Препарат знижує внутрішньоочний тиск і секрецію водянистої вологи, що поліпшує її відтік" (с. 197). У реченні немає логіки, і воно не зрозуміле. Дорзоламід гідрохлорид, як відомо, проявляє дію інгібітора карбоангідрази, і гіпотензивний ефект його відзначається тільки зменшенням продукції водянистої вологи.

Прочитавши перелічені в таблицях 4 і 5 ліки та текстовий матеріал на сторінках 196-197, студент не зможе чітко собі уявити, з яких ліків починати лікування глаукоми і скільки разів на день їх закапувати в кон'юнктивальний мішок при місцевому лікуванні захворювання.

Зовсім нічого не сказано в підручнику про комбіновані препарати (фотил, фотил-форте, нормоглаукон і проксофелін), які останнім часом запропоновано для лікування цього захворювання.

У загальному лікуванні глаукоми існує неясність щодо ліків. Агапурин названо "алопурином". Трентал і агапурин – це один і той же препарат. Ксантинолу нікотинат і компламін – це теж один і той же препарат, який має ще і третю назву – теонікол. У підручнику їх розглято як різні лікарські засоби (с. 197). Препарати пармідин, дицинон і доксіум (с. 197) належать до групи ангіопротекторів (М.Д. Машковский, 1987. – 1. – С. 471-473).

У підрозділі "Закритокутова глаукома" можна прочитати деякі не зовсім академічні вирази: "товстий кришталик", "стискач райдужки", "дістала", "зсув кришталика", "райдужка здута" та ін. (с. 199-202).

У хірургічному лікуванні глаукоми зазначено: "... найбільшого поширення дістала синусотрабекулектомія – видалення невеликої ділянки трабекули та розріз внутрішньої стінки венозної пазухи склери" (с. 202). Внутрішньою стінкою склерального синуса і є трабекула (!).

На сторінці 202 лікувати гострий напад глаукоми

рекомендується за допомогою симпатоміметиків, що, як відомо, протипоказані в даному випадку. Далі ця помилка частково виправляється, бо в дужках написано 1-2% розчин пілокарпіну. Частота закапування 1% розчину пілокарпіну гідрохлориду протягом години зрозуміла, далі тривалість закапування через 30 хв і щогодини не вказується (с. 202).

При проведенні диференційної діагностики гострого нападу глаукоми та ірити (с. 202, табл. 7) зазначено, що внутрішньоочний тиск при гострому нападі глаукоми підвищений, а при іриті знижений. Це не зовсім так, бо при іриті він нормальний, а іноді може бути підвищеним. Ін'єкція на очному яблуці при гострому нападі глаукоми має не змішаний характер, а застійний. При іриті – ін'єкція перикорнеальна або змішана.

Гострий напад глаукоми проілюстровано кольоровим рисунком 15, але невдало. По-перше, рисунок не якісний – права половина його дуже бліда, що створює нечіткість бачення переднього відділу ока. По-друге, видимість переднього відділу ока (склери) практично відсутня, що аж ніяк не ілюструє яскраво-червоний вигляд очного яблука при гострому нападі глаукоми внаслідок застійної ін'єкції. По-третє, кольори дуже погано передано. По-четверте, нечітко видно набряк рогівки і зеленувате забарвлення розширеної зіниці, що є дуже яскравою ознакою в клінічній картині гострого нападу глаукоми, внаслідок чого це захворювання отримало свою назву (glaucoms – зелений). Крім того, рисунок спотворюється світловими полісками на поверхні рогівки.

Глава "Захворювання зорового нерва" починається анатомічною неточністю, де зазначено, що волокна зорового нерва перехрещуються в ділянці хіазми (с. 173). Як відомо, в ділянці хіазми перехрещуються тільки медіальні волокна зорового нерва, а латеральні не перехрещуються.

Етилований бензин у підручнику названо етиловим (с. 177). На сторінці 179 читаємо: "... венозні стовбури розширюються і закручуються". Можливо, краще написати так: "... венозні судини розширюються і набувають звивистого характеру".

Це далеко не повний перелік помилок та недоліків, рецензованого підручника, але і цього вже досить, щоб переконатися в тому, на скільки він недостатньо підготовлений до видання.

При перевиданні підручника доцільно врахувати наші зауваження та побажання, а також провести ретельне літературне та наукове редагування текстового матеріалу.

В. Лучик (Чернівці)

ЗІСТОРІЇ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

УДК 616.4.548/224

І ²ÄÑŌİ ĒĒ ĐĪ ĀĪ ĐĒ ÇĀİ Ī Đ²ÇŪĒĪ ĀĪ ĀĀĐĀĀĪ Ī ĀĪ ²Ī ÑŌĒŌŌŌ
ŌĀĪ ÑĒĪ Ī ĀĒĀĪ Ī Ƴ Ē²ĒĀĐ²Ā ÇĀ 75 ĐĪ Ē²Ā ĒĪ ĀĪ ²ŪĪ ŌĀĀĪ Ī Ƴ

Đ.Ī . Ī Ī ĐŌŌŋ

Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

THE RESULTS OF WORK OF ZAPORIZHZHIAN STATE INSTITUTE OF ADVANCED MEDICAL STUDIES FOR 75 YEARS OF ITS EXISTENCE

R.M. Portus

Zaporizhzhian State Institute of Advanced Medical Studies

У статті характеризуються основні етапи розвитку Запорізького державного інституту удосконалення лікарів за 75 років його існування – довоєнний, повоєнний, Одеський і Запорізький. Підведено підсумки роботи інституту за 10 років незалежності України.

In this article the major stages of development of Zaporizhzhian State Institute of Advanced Medical Studies for 75 years of its existence are described – pre-war, post-war, Odesa and Zaporizhzhian stages. The results of work of the Institute activity for 10 years of the independence of Ukraine have been summed up.

Інститут засновано 07.04.1926 року постановою колегії Народного Комісаріату охорони здоров'я УРСР про утворення в м. Одесі державного клінічного інституту, а через місяць – 12 травня 1926 року – Народний Комісаріат охорони здоров'я України призначив тимчасове правління по створенню інституту. В той час вже працювали клінічні інститути удосконалення лікарів у Петербурзі (1885 р.), Києві (1918 р.), Казані (1920 р.) і Харкові (1923 р.).

Перші роки були присвячені організації роботи і становленню інституту. Лікарі проходили спеціалізацію на 9 клінічних кафедрах – акушерства і гінекології, інфекційних хвороб, неврології, оториноларингології, офтальмології, педіатрії, терапії, урології і хірургії. В 1930 році клінічний інститут перейменовано в інститут удосконалення лікарів, що було зумовлено утворенням нових теоретичних кафедр – мікробіології, патофізіології, патанатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії, але клінічна суть інституту зберігається до сьогоднішнього дня. За 15 довоєнних років в інституті підвищили кваліфікацію понад 3500 лікарів.

У роки Великої Вітчизнаної війни більшість викладачів пішли на фронт, частина співробітників надавала допомогу пораненим, брала участь у героїчній обороні Одеси. На клінічних кафедрах інституту розмістилась госпітальна база фронту. Інститут у роки війни не працював і був майже повністю зруйнований. Після звільнення Одеси від фашистських загарбників інститут поновив свою роботу, почав відбудовуватись, але не вистачало викладачів навчальних приміщень, клінічних баз та обладнання. В 1945 році на 22 кафедрах працювало 66 викладачів – 9 докторів, 23 кандидати медичних наук і 34 викладачі без ученого звання.

В інституті майже за 30-річний період роботи в Одесі підвищили кваліфікацію близько 10000 лікарів, навчалось у клінічній ординатурі 52 і в аспірантурі 15 лікарів. Захищено 8 докторських і 16 кандидатських дисертацій, надруковано 9 монографій, навчальних посібників та декілька збірників наукових праць.

У вересні 1955 р. за рішенням Уряду України інститут переведено до м. Запоріжжя. Це було започатковано з метою зміцнення охорони здоров'я населення м. Запоріжжя висококваліфікованими лікарськими кадрами, а також покращення бази інституту. Переїхали із Одеси до Запоріжжя 24 вик-

© Р.М. Портус, 2001

ладачі. Розпочали роботу на 15 кафедрах 40 викладачів – 8 докторів, 14 кандидатів і 18 викладачів без ученого ступеня. В Запоріжжі інститут отримав окремий корпус і гуртожиток для лікарів-курсантів. Клінічні кафедри розмістились на базах відділень міських, обласних та диспансерів, де використовували 800 стаціонарних ліжок.

Ректором інституту працював у 1955-1963 рр. професор Карпукін В.Т. Під його керівництвом відкриті в 1957 р. нові кафедри терапії і хірургії, в 1958 р. – кафедри офтальмології та урології.

Подальший розвиток інституту проходив під керівництвом ректора інституту, заслуженого працівника вищої школи професора Чулкова М.З. (1963-1979 рр.). З 1965 р. управління інституту і теоретичні кафедри розташовані в окремому навчально-лабораторному корпусі. У тому ж році міська влада передала на баланс інституту гуртожиток на 350 місць. У 1970 р. побудовано новий гуртожиток на 400 місць. Таким чином, була вирішена проблема проживання лікарів-курсантів, клінічних ординаторів і аспірантів. У 1969 р. розпочала роботу кафедра соціальної гігієни й організації охорони здоров'я, а також курс медичної служби цивільної оборони, перетворений у 1984 р. в самостійну кафедру. В 1975 р. відкриті кафедри анестезіології і реаніматології, клінічної лабораторної діагностики, а в 1976 р. – кафедра кардіології.

Відкриття нових і розширення існуючих кафедр дозволило підвищити якість навчального процесу, розширити діапазон спеціальностей для підвищення кваліфікації і довести кількість лікарів-курсантів в інституті до 1500 в 1975-1976 рр.

Клінічні кафедри інституту з року в рік поповнювались сучасним медичним обладнанням і діагностичною апаратурою, що дозволяло систематично покращувати висококваліфіковану медичну допомогу населенню Запоріжжя та області, підвищувати кваліфікацію лікарів відповідно до вимог часу та вдосконалювати обсяг і якість науково-дослідної роботи в інституті.

В ювілейному 1976 році – 50-річчя інституту – на 19 клінічних і 6 теоретичних кафедрах працювало 105 викладачів, із них 15 докторів (14%), 60 кандидатів наук (57%) і 27 викладачів без ученого ступеня. За 21 рік роботи інституту в Запоріжжі підвищили кваліфікацію з 20 спеціальностей 22000 лікарів України, Росії, Казахстану, Узбекистану, Прибалтійських республік та ін. За цей час навчалось в аспірантурі 18 і клінічній ординатурі 140 лікарів. Співробітниками інституту захищено 20

докторських і 65 кандидатських дисертацій. Видано 8 монографій, 6 навчальних посібників, щорічно друкуються збірники наукових праць співробітників інституту і наукові статті в провідних медичних журналах.

У 1976 р. в м. Запоріжжі розпочала роботу нова обласна клінічна лікарня, в яку перебазувались кафедри неврології, урології, стоматології, оториноларингології, офтальмології, лабораторної клінічної діагностики і рентгенології.

В наступні роки (1979-1992 рр.) інститут очолював заслужений діяч вищої школи, професор Шершньов В.Г. У цей час проводилась інтенсивна робота щодо розширення інституту та зміцнення його матеріально-технічної бази. У 1981 р. започаткована нова кафедра акушерства і гінекології. В 1986 р. після великої підготовчої роботи розпочато будівництво нового навчально-лабораторного корпусу і зупинено через недостачу коштів в 1990 р.

На початку 90-х років в інституті з 25 лікарських спеціальностей на циклах спеціалізації (4-5 місяців), загального (3-4 місяці) та тематичного (1-2 місяці) удосконалення щорічно підвищували кваліфікацію до 3000 лікарів.

У 1990 р. на 27 кафедрах і 2-х курсах в інституті працювало 150 викладачів – 21 доктор (14%) і 80 кандидатів медичних наук (53%). Із 1976 р. до 1990 р. в інституті навчалось 40500 лікарів-курсантів, 35 аспірантів, 250 клінічних ординаторів, захищено 12 докторських і 44 кандидатських дисертацій.

Після проголошення незалежності України розпочався новий етап роботи інституту. В 1992 році інститут підпорядкований МОЗ України. Незважаючи на складні соціально-економічні умови перехідного періоду становлення самостійності України, в інституті проведена важлива робота щодо зміцнення матеріально-технічної бази, збереження кадрового потенціалу, росту професійного рівня професорсько-викладацького складу і реформування післядипломної підготовки лікарів. Починаючи з 1992 р., в інституті впроваджена підготовка лікарів на передатестаційних циклах і очно-заочне навчання лікарів-інтернів. Основною вимогою проведення цієї роботи стало забезпечення комп'ютерного контролю рівня знань та рівня практичної підготовки лікарів-курсантів. За ці роки всі кафедри і служби інституту комп'ютеризовані. Створено 5 комп'ютерних класів, де впроваджено тестові програми контролю рівня знань лікарів-курсантів передатестаційних циклів і лікарів-інтернів. Із 1994 р. в інституті проводиться підготовка магістрів.

У 1992 р. ліквідовані кафедри акушерства і гінекології-1, епідеміології, загальної клінічної патології і військова кафедра. З дозволу МОЗ України в 1995 р. створені кафедри сімейної медицини і медицини невідкладних станів.

З вересня 1996 р. розпорядженням МОЗ України збільшені навчальні групи лікарів-курсантів. Починаючи з 1997 року, термін навчання лікарів на передатестаційних циклах і циклах удосконалення зменшено з двох до одного місця. Враховуючи також скорочення терміну навчання лікарів в інтернатурі з 2-3-х років до 1-1,5-2-х років, навчально-виробничий план підготовки лікарів в інституті збільшився майже вдвічі. Все це вимагає мобілізації всіх сил управління навчальним процесом, активного проведення виїзних планових і додаткових циклів, запровадження нових форм і методів комплектування циклів удосконалення лікарів. За останні роки щорічно кафедри проводять до 70 циклів.

За роки незалежності України (1991-2000 рр.) на хірургічному і терапевтичному факультетах підвищили кваліфікацію 42500 лікарів, підготовлено в інтернатурі 2140 лікарів-спеціалістів, в тому числі 52 магістри, а також 40 аспірантів і 152 клінічних ординатори. В цілому в інституті забезпечений системний підхід до безперервної післядипломної освіти лікаря – інтернатūra (спеціалізація) – тематичне удосконалення – передатестаційний цикл.

Підготовці в інституті професорсько-викладацьких кадрів приділяється особлива увага. За роки незалежності України співробітники захистили 28 докторських і 51 кандидатську дисертацію. Це дало можливість підвищити рівень викладачів з ученими ступенями. Зараз в інституті на 25 кафедрах працюють 34 доктори (24 %) і 97 кандидатів наук (68 %), тобто рівень викладачів з ученими ступенями перевершив 90 %.

Науково-дослідна робота інституту останнім часом переорієнтована на сучасні потреби практичної охорони здоров'я і дослідження з найбільш актуальних проблем медичної науки. Основними напрямками наукових досліджень інституту в теперішній час є проблеми діагностики і лікування серцево-судинних захворювань, захворювань матері і дитини, захворювань периферичної нервової системи, а також медико-екологічні проблеми здоров'я населення Запорізького регіону.

В інституті щорічно проводяться науково-практичні конференції викладачів, молодих учених та

лікарів-інтернів, матеріали яких публікуються в інститутських збірниках наукових робіт. Співробітники інституту беруть активну участь у роботі з'їздів, конференцій, симпозіумів тощо. Провідні вчені запрошуюють для участі в роботі міжнародних конгресів, конференцій, симпозіумів та читання лекцій. Деякі вчені інституту є дійсними та почесними членами провідних іноземних університетів та академій, проходять стажування та обмінюються досвідом за кордоном по окремих напрямках медицини.

Традиційно співробітники інституту проводять значну винахідницьку і раціоналізаторську роботу. Тільки за останнє десятиріччя вони стали авторами двох відкриттів, 22 винаходів і 257 раціоналізаторських пропозицій.

Наукові розробки викладачів широко запроваджуються в практичну діяльність базових та інших лікувально-профілактичних закладів й області. Деякі із наукових досягнень включаються в республіканський план запровадження.

Одним із основних видів діяльності є лікувально-діагностична робота, на якій базуються навчальний процес і наукові дослідження. Клінічні кафедри розташовані на базах міських та обласних клінічних лікарень.

Ліжковий фонд базових відділень складає 2262 ліжка, в тому числі 941 ліжка хірургічного і 1321 ліжка терапевтичного профілю. Завідувачі клінічних кафедр є одночасно керівниками клінік базових лікувально-профілактичних закладів. Професорсько-викладацький склад клінічних кафедр – це лікарі вищої або першої категорії.

Основним напрямком лікувальної роботи інституту є покращення показників лікувально-діагностичної роботи базових клінік. З цією метою активно запроваджуються нові форми, методи і технології діагностики і лікування хворих, багаторічні наукові розробки, винаходи і пропозиції викладачів інституту.

Великий обсяг лікувально-діагностичної роботи проводять переважно більшість завідувачів клінічних кафедр, професорів, доцентів та асистентів. Викладачі інституту щорічно виконують понад 500 операцій, що складає понад 40 % операцій, виконаних у базових відділеннях, консультують близько 35000 хворих переважно в позабазових лікувально-профілактичних закладах, здійснюють понад 300 виїздів по санавіації в райони області та проводять великий обсяг анестезіологічної і реанімаційної роботи.

Лікувально-діагностична робота інституту є невід'ємною частиною роботи практичної охорони здоров'я нашого міста й області. Окремі завідувачі кафедр, професори, доценти є головними обласними спеціалістами, керують роботою обласних наукових товариств, викладачі кафедр беруть активну участь у роботі цих товариств, організовують і проводять реферати, клініко-патологоанатомічні і науково-практичні конференції для лікарів-курсантів і лікарів міста та області.

Лікувальна робота колективу інституту проводиться в тісній взаємодії з обласними і міськими управліннями охорони здоров'я, головними лікарями клінічних лікарень і завідувачами базових відділень.

Інститут за основними напрямками роботи співпрацює із Запорізьким державним медичним університетом, який очолює відомий учений академік НАН і АМН України, професор Візир А.Д. Ця співпраця постійно покращується і поглиблюється на користь підготовки і вдосконалення кадрів.

Реформування післядипломної освіти і вся робота інституту в роки незалежності України проводиться під керівництвом МОЗ та його Головного

управління освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення (начальник – професор Вороненко Ю.В.), де колектив інституту завжди знаходить підтримку і взаєморозуміння.

Усі напрямки освітньої діяльності інституту ліцензовані, інститут акредитований за IV рівнем.

За 75 років роботи в інституті підвищили кваліфікацію 115000 лікарів, підготовлено в інтернатурі 2140 лікарів-спеціалістів, у тому числі 55 магістрів, 594 клінічних ординатори, 118 аспірантів, 71 кандидат медичних наук. Опубліковано понад 8000 наукових робіт, 60 монографій, 296 методичних рекомендацій, 99 навчальних посібників.

За всі роки існування інституту відбулася зміна уже декількох поколінь його співробітників, яких об'єднували самовіддана праця, високі моральні якості та професіоналізм, а також відданість своєму інституту.

75-річна історія Запорізького державного інституту вдосконалення лікарів, а також 10-річний досвід роботи в умовах незалежності України надають можливість подальшого його розвитку відповідно до вимог сьогодення та інтересів народу України.

Вийшов у світ перший номер вітчизняного науково-практичного журналу “Охорона здоров'я України”.

Журнал є друкованим органом реалізації політики перебудови галузі та висвітлює проблеми, що стосуються управлінців галузі.

Передплатний індекс – 23850

Журнал можна замовити по тел./факсу: (044) 238-68-60