

## Зміст

<i>В.Ф. Москаленко</i> <b>ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В СВІТЛІ ВИМОГ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ, КОНСТИТУЦІЙНИХ РЕФОРМ</b> .....	5
<i>Ю.В. Вороненко, І.Є. Булах, М.Р. Мруга</i> <b>АНАЛІЗ АКАДЕМІЧНИХ ДОСЯГНЕНЬ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ (ЗА ДАНИМИ МЕДИЧНОГО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ 2002 РОКУ)</b> .....	8
<i>Т.М. Сіліна</i> <b>ФОРМИ ТА МЕТОДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ</b> .....	15
<i>Г.Г. Шершун, М.М. Корда, Я.І. Гонський, Н.П. Саюк, Л.М. Рубіна, Л.С. Фіра, С.Р. Підручна, Р.М. Кубант</i> <b>ШЛЯХИ ПОДАЛЬШОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ БІОХІМІЇ У МЕДИЧНОМУ ВНЗі</b> .....	17
<i>С.М. Дмитрієва</i> <b>СПІВВІДНОШЕННЯ МЕТОДІВ ТРАДИЦІЙНОГО ТА ПРОГРАМОВАНОГО НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ</b> .....	20
<i>В.Б. Гоциньський, Л.С. Бабінець, Н.І. Корильчук, Н.О. Архіпова</i> <b>ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ЦИКЛУ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ НА КАФЕДРІ „ПОЛІКЛІНІЧНА СПРАВА ТА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”</b> .....	22
<i>О.М. Талалаєнко, І.І. Саглай, А.В. Чуриліна, І.К. Ляхов, В.В. Сичова, Н.С. Ханкевич, І.В. Єрошенко, Д.І. Масюта, Г.В. Зуєва, С.І. Такташов, Л.Ф. Чала, Р.Ф. Махмутів</i> <b>ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОМЕНТИ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ</b> .....	25
<i>О.Р. Ясній, В.В. Павліковська, Н.Є. Боцюк, Н.Б. Пінь</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ НА КАФЕДРІ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ СПРАВИ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ</b> .....	27
<i>Р.Б. Косуба, І.І. Заморський, А.Є. Петрюк, Н.Д. Філінець, І.Г. Кишкан</i> <b>МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ</b> .....	30
<i>О.Б. Роман, М.О. Авраменко, Д.І. Дочинець</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРАХ ХІМІЧНОГО ПРОФІЛЮ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ</b> .....	32

<i>К.І. Гейченко, Л.В. Хіль, Л.П. Гайдук, Г.С. Манаєва, Н.Я. Куйда</i> <b>ДО ПИТАННЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ТА ПЛАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПІДГОТОВЧИХ ФАКУЛЬТЕТАХ ДЛЯ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН У СУЧАСНИХ УМОВАХ</b> .....	34
<i>М.І. Гнатів, К.І. Гейченко, Л.В. Хіль</i> <b>ТВОРЧИЙ ХАРАКТЕР КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ТА НАВИЧОК ІНОЗЕМНИХ УЧНІВ ПОЧАТКОВОГО ЕТАПУ НАВЧАННЯ</b> .....	36
<i>В.І. Лисенко</i> <b>МОВА ВИКЛАДАЧІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ФАХОВИХ ДИСЦИПЛІН</b> .....	37
<i>В.І. Грищенко, О.В. Усачова</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ</b> .....	40
<i>Р.В. Казакова, Н.О. Гевкалюк, М.А. Лучинський, М.Н. Воляк, Л.В. Годованець</i> <b>СЮЖЕТНО-РОЛЬОВА ГРА ЯК МЕТОД НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b> .....	42
<b>РЕЦЕНЗІЯ НА ПІДРУЧНИК ЕНДОКРИНОЛОГІЯ / П.М. БОДНАР, О.М. ПРИСТУПЮК, О.В. ЩЕРБАК ТА ІН. – К.: ЗДОРОВ'Я, 2002. – 512 С.</b> .....	45
<b>РЕЦЕНЗІЯ НА МУЛЬТИМЕДІЙНИЙ ЛАЗЕРНИЙ КОМПАКТ-ДИСК “ТУБЕРКУЛЬОЗ” / М.М. САВУЛА, Н.С. КРАВЧЕНКО, Л.А. ГРИЩУК, І.Т. П'ЯТНОЧКА, Ю.І. СЛИВКА. – ТЕРНОПІЛЬ: УКРМЕДКНИГА, 2002. – 610 МБ</b> .....	49
<i>В.В. Файфура, І.О. Юхимець</i> <b>ТЕРНОПІЛЬСЬКА МЕДАКАДЕМІЯ – У ФАЛЕРИСТИЦІ</b> .....	50
<i>Я.В. Ганіткевич</i> <b>ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА І УНІВЕРСИТЕТСЬКА ДИСЦИПЛІНА У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ</b> .....	54

УДК 614.2: 342.518

## ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В СВІТЛІ ВИМОГ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ, КОНСТИТУЦІЙНИХ РЕФОРМ

**В.Ф. Москаленко**

*Міністерство охорони здоров'я України*

## PUBLIC HEALT IN UKRAINE IN THE LIGHT OF DEMANDS OF EUROPEAN UNION, CONSTITUTIONAL REFORMS

**V.F. Moskalenko**

*Ministry of Public Healt of Ukraine*

Реалізація проголошеного Україною курсу на більш повне входження у світове співтовариство, європейські структури неможлива без забезпечення ефективної імплементації норм міжнародного права у національному законодавстві, її гармонізації з міжнародними стандартами та вимогами.

Розбудова української демократичної держави відбувається з оновленням юридичної бази захисту прав і свобод людини. Перехід до ринкових відносин в Україні і в охороні здоров'я зокрема має здійснюватися еволюційним шляхом і віддзеркалювати процеси гуманізації медичної допомоги [1].

Неоціненний внесок у становлення, розвиток і поширення європейських демократичних цінностей внесла Рада Європи (РЄ), заснована десятьма державами, що сповідували демократичні ідеали передусім стосовно громадських прав і свобод, і об'єднує нині практично всі держави континенту. Сфера компетенції Ради Європи розширюється, і сьогодні вона охоплює питання прав людини і національних меншин, захисту довкілля, місцевого і регіонального самоврядування, соціального забезпечення [7]. З цією метою РЄ запровадила велику кількість програм, а інші численні види її діяльності в соціальній, освітній або культурній сфері також характеризуються правозахисним підходом.

Завданнями Ради Європи є захист плюралістичної демократії та верховенства права; пошук рішень проблем, що існують у суспільстві; допомога у ствердженні стабільності демократії в Європі че-

рез підтримку політичних законотворчих та конституційних реформ. Найвизначнішим досягненням РЄ стало прийняття Європейської конвенції з прав людини [3].

Україна, що набула членства в Раді Європи чотири роки тому, взяла на себе важливі зобов'язання щодо європейської співпраці, гармонізації законодавства.

Розглядаючи проблеми гармонізації національного законодавства з міжнародним правом, не можна не враховувати нинішні умови політичного життя України, національні інтереси якої потребують її утвердження як впливової європейської держави, повноправного члена Європейського Союзу.

Реформування національного законодавства повинне проводитися відповідно до загальноєвропейських норм і стандартів, особливо з огляду на велику кількість європейських конвенцій, що створюють в Європі єдине правове коло, яке також відіграє роль своєрідного загальноєвропейського нормотворчого органу [8]. Парламент України прийняв значну кількість законів і постанов про ратифікацію міжнародних договорів і конвенцій [6]. На сьогодні Україна є стороною 29 європейських конвенцій та угод, а ще 14 нею підписані.

Характерною особливістю сучасного етапу правової реформи в Україні є імплементація норм міжнародного законодавства у вітчизняну правову систему. Вирішення цього важливого завдання належить здійснювати системно, на науково обґрунтованих засадах [5]. Питання адаптації нормативно-правової бази охорони здоров'я у цьому зв'язку

стають надзвичайно актуальними, тим паче, що вони викликані реальними потребами, пов'язаними з розвитком міжнародних відносин.

Документи РЄ після приєднання до них України стають невід'ємною частиною національного законодавства. Практична користь від цього очевидна: замість укладення низки двосторонніх угод Україна стає стороною багатостороннього договору, який є обов'язковим для багатьох держав-членів РЄ.

Узгодженість, координація, діалог, якісне застосування норм і стандартів ЄС стосуються також курсу розвитку охорони здоров'я. Складена десять років тому Угода про партнерство і співробітництво між Україною та Європейським Співтовариством і його державами-членами (УПС) є політично перспективним дороговказом у взаємозв'язках між єврокраїнами, а з Україною вона набула чинності 1 березня 1998 р.

Ст. 51 УПС визначає проблеми апроксимації законодавства України з законодавством ЄС, але не як технологічного процесу, а побудови нової правової системи, в якій проголошується радикальна реконструкція, визначеність норм і права ЄС як наднаціональної правової системи, адекватність законів, у тому числі з питань охорони праці, охорони здоров'я та життя людей.

Зусилля щодо вдосконалення приведення нормативно-правової бази, спрямовані на створення правової державності, – це внески, що повертаються сторницею у прискоренні розвитку національної системи охорони здоров'я. Згідно з Концепцією реформування системи охорони здоров'я України та проекту Закону України “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” передбачається трансформація галузі із державної (бюджетної) системи в систему медичного страхування з подальшим розвитком альтернативних форм медико-санітарного забезпечення населення. Ці процеси набувають актуальності у зв'язку з адаптацією до вимог Євросоюзу.

Положення міжнародно-правових документів щодо дотримання прав людини на охорону здоров'я покладені в основу медичних кодексів переважної більшості країн, таких як США, Англія, Німеччина, Італія, Угорщина, Росія [9,2,4]. Врахування зазначених положень сприяло становленню медичної практики в цих соціально зорієнтованих державах. Використання досвіду зарубіжних країн у вітчизняному правотворенні сприятиме розробці

такої законодавчої бази з охорони здоров'я, яка буде підтримувати і охороняти ці основоположні принципи. В Україні більшість із цих документів вперше опублікована в 1996 р. у збірнику “Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій”.

Одним із етапів інтеграції з ЄС є також адміністративна реформа, під час якої будуть переглянуті функції не тільки МОЗ України, а й підпорядкованих йому закладів.

У 1998-2001 рр. проводилася робота щодо забезпечення реалізації стратегії інтеграції України з Євросоюзом на основі пріоритетів спільної робочої програми імплементації УПС у Міністерство охорони здоров'я. Сьогодні створюється Національна програма інтеграції до ЄС, яка є конкретним документом на найближчі роки. Міністерством охорони здоров'я та Українським інститутом громадського здоров'я подані до програми матеріали про стан нормативно-правового регулювання і реформування системи охорони здоров'я України на коротко- і довгостроковий періоди, які склали відповідний розділ.

Згідно з Указами Президента України “Про затвердження стратегії інтеграції України до Європейського Союзу” від 11.06.98 р., “Про програму інтеграції України до Європейського Союзу” від 14.09.2000 р. і Постановою Кабінету Міністрів України “Про запровадження механізму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу” № 852 від 12.06.98 р., “Про порядок опрацювання проектів актів Кабінету Міністрів України, а також проектів законів України і актів Президента України, що подаються Кабінетом Міністрів України до Верховної Ради України і Президенту України, з урахуванням основних положень Законодавства Європейського Союзу від 13.07.99 № 1236 МОЗ України планується здійснення заходів з адаптації підгалузей національного права відповідно до вимог законодавства ЄС з охорони здоров'я та життя людей, захисту прав споживачів, боротьби зі злочинністю, в тому числі з наркобізнесом. Передбачається також створення законодавчої та правової бази з питань охорони навколишнього середовища та здоров'я, пов'язаних із транспортом, адаптованої до вимог ЄС (1998-2007 рр.).

На Міністерство охорони здоров'я покладено завдання розробити законодавчі акти з питань якості і безпечності деяких споживчих товарів, фармацевтичних засобів, дитячих іграшок та ігор, деяких тек-

стильних волокон і виробів з них, одягу, білизни, взуття, хімічних матеріалів і речовин, харчових продуктів, у тому числі молока, м'яса і м'ясних продуктів, риби, рибо- і морепродуктів, алкогольних напоїв, яєць і продуктів їх переробки, цукру, кондитерських виробів, овочів, фруктів, соків, напоїв, овочевих і фруктових консервів, а також порядку надходження товарів на територію України.

Медичне право за своєю суттю є соціальним правом. У міжнародному співтоваристві склалася пев-

на концепція, формулювання положень якої зводиться до того, що держава повинна забезпечувати шляхом планування чи безпосередньо можливість доступу до різних видів медичної допомоги усім громадянам, планувати систему фінансування таким чином, щоб теоретичне право на охорону здоров'я могли б реалізувати і ті громадяни, прибутки яких не дозволяють покрити вартість медичного забезпечення [10]. Реформування галузі в Україні направлене саме на виконання положень цієї концепції.

#### Література

1. Болотіна Н. Медичне право у системі права України // Право України. – 1999. – № 7. – С. 116-121.
2. Горшкова С. Российское законодательство и Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод // Государство и право. – 1997. – № 5. – С. 82-93.
3. Дроздов С. Окремі аспекти інтегрування України в Європейське та світове співтовариство (в світлі проблем прав людини) // Право України. – 1998. – № 9. – С. 10-12.
4. Мартоні Я. Разом у демократичній Європі // Урядовий кур'єр. – 1999. – № 83-84. – С. 3.
5. Полешко А. Імплементация норм міжнародного права у вітчизняному законодавстві – важливий аспект правової реформи // Право України. – 1998. – № 12. – С. 24-28.
6. Полешко А. Рада Європи на захисті прав людини // Право України. – 1999. – № 7. – С. 36-38.
7. Тарасюк Б. Україна і Рада Європи // Право України. – 1999. – № 7. – С. 3-4.
8. Філіпюк Т.М. Загальногуманістичні аспекти здоров'я і системи його охорони на сучасному етапі в Україні // Прак. медицина. – 1996. – № 1-2. – С. 122-123.
9. Щепин О.П., Лазаренко А.И. Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы – как их видят из Западной Европы // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1994 – № 5. – С. 39-40.
10. Greese A. Глобальные тенденции в реформировании медико-санитарной помощи // Всемирный форум здравоохранения. – 1994. – Т. 15, № 4. – С. 5-9.

УДК 371.3-61

## АНАЛІЗ АКАДЕМІЧНИХ ДОСЯГНЕНЬ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ (ЗА ДАНИМИ МЕДИЧНОГО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ 2002 РОКУ)

Ю.В. Вороненко, І.Є. Булах, М.Р. Мруга

*Міністерство охорони здоров'я України*

*Центр тестування при МОЗ України*

## ANALYSIS OF ACADEMIC ACHIEVEMENT OF MEDICAL STUDENTS IN UKRAINE (BASED ON MEDICAL LICENSING EXAMINATION RESULTS OF YEAR 2002)

Yu.V. Voronenko, I.Ye. Bulakh, M.R. Mrouga

*Ministry of Public Health of Ukraine*

*Testing Board under the auspices of MPH of Ukraine*

У статті досліджується профіль академічних досягнень студентів за даними медичного ліцензійного іспиту та фактори впливу на його результати. Визначено, що студенти-жінки навчаються краще, ніж студенти-чоловіки, як серед студентів, що навчаються за державним замовленням, так й серед "контрактних". Водночас, фактор "форма навчання" суттєвіше впливає на результати ліцензійного іспиту, ніж фактор "стать".

Article presents the profile of academic achievements of students based on medical licensing examination results and factors that define these results. It is identified that female students have higher academic achievements, then male students. This statement is true both for state-funded students and those students who pay tuition. At the same time, form of education (tuition-free or for tuition) shows stronger influence onto result of medical licensing examination than sex.

**Вступ.** В 2002 році в Україні медичний ліцензійний іспит (МЛІ) вперше проводився як обов'язковий для всіх випускників – майбутніх лікарів [1], [2]. МЛІ є об'єктивним іспитом, який проходить в стандартизованих умовах у формі письмового тестування. МЛІ базується на інтегрованій структурі, тобто тест містить в собі тестові завдання із різних дисциплін, що стосуються всіх органів та систем організму. Фактично тест МЛІ "Крок 2. Загальна лікарська підготовка" охоплює програму 4–6-го курсів навчання студентів медичних, педіатричних та медико-профілактичних факультетів, оволодіння якою перевіряються під ракурсом застосування знань для надання медичної допомоги хворому під наглядом більш досвідченого лікаря. Обов'язковий статус іспиту додав значного позитивного впливу на порівнювальність результатів іспиту як між навчальними закладами, так і в межах окремих його підрозділів (факультетів, груп, кафедр). Результати іспиту також дозволяють отримати об'єктивну картину "українського випускника-лікаря", яким він є у середньому по країні.

**Основна частина.** Метою цього дослідження було встановити, чи впливають такі фактори, як форма навчання та стать, на академічні досягнення студентів, що перевіряються тестовим екзаменом МЛІ "Крок 2. Загальна лікарська підготовка", а також проаналізувати профіль знань студентів-випускників за результатами МЛІ.

Для дослідження були обрані лише студенти, які є громадянами України та які в 2002 році склали обов'язковий медичний ліцензійний іспит "Крок 2. Загальна лікарська підготовка" і для яких в базі даних були вказані всі необхідні ознаки. Всього було досліджено 6492 студенти, розподіл яких за основними ознаками наведено.

В дослідженні аналізувалися такі показники:

- середній бал студентів за попередній період навчання;
- загальний результат за тестом МЛІ "Крок 2. Загальна лікарська підготовка" (2002);
- субтести МЛІ, результати яких повідомляються студентам та навчальним закладам після проведення іспиту;
- субтести МЛІ, результати яких не повідомля-

Таблиця 1. Структура контингенту студентів, що досліджувався

Форма навчання	Стать		Всього
	Чоловіки	Жінки	
Навчання за державним замовленням	1525	2966	4491
Навчання за контрактом	745	1256	2001
Всього	2270	4222	6492

ються навчальним закладам (змістовні субтести – “Захворювання центральної та периферичної нервових систем”, “Захворювання крові та кровотворних органів”, “Захворювання чоловічої репродуктивної та сечовивідної системи”, “Патологія шкіри та підшкірних тканин”, “Захворювання ендокринної системи” та субтести за аспектами діяльності лікаря – “Профілактика”, “Механізми захворювань”, “Діагностика” та “Ведення хворих”).

Аналізувалися абсолютні величини показників, абсолютна різниця показників різних категорій студентів та стандартизована різниця показників.

Стандартизація різниці показників проводилася з метою забезпечення порівняння ступеня розбіжності результатів між різними категоріями студентів та різними показниками шляхом ділення абсолютної величини різниці на стандартне відхилення по відповідній категорії студентів. Пряме порівняння ступеня різниці за різними показниками неможливе у зв'язку з тим, що субтести, за якими підраховані показники, мають різний рівень складності, а середній бал взагалі має іншу шкалу вимірювання.

Ступінь впливу факторів на показники визначався за допомогою величин стандартизованої різниці, методів оцінки статистичної достовірності різниці у двох вибірках та методами регресійного аналізу.

Для аналізу даних застосовано статистичний пакет “Statistica 5.0”.

В таблицях 2 та 3 представлені результати різних категорій студентів окремо (бюджет – контракт; чоловіки – жінки) та в комбінаціях (бюджет-чоловіки, бюджет-жінки, контракт-чоловіки, контракт-жінки), а також національні показники. Наведені абсолютні дані по кожній з категорій студентів та розрахована абсолютна і стандартизована різниця результатів за показниками в кожній парі категорій студентів.

### **1. Аналіз впливу факторів “форма навчання” та “стать” на академічні досягнення студентів**

Фактор «Форма навчання»

Як видно з таблиці 2, в якій наведено порівняння результатів “бюджетних” та “контрактних” сту-

дентів, а також порівняння результатів чоловіків та жінок, існує досить помітна різниця в академічних досягненнях між “бюджетними” та “контрактними” студентами. При цьому “бюджетні” студенти мають вищі показники.

Величини абсолютної різниці між балами “бюджетних” та “контрактних” студентів за тестом МЛП та субтестами коливаються від 1,81 до 4,57%, а діапазон стандартизованої різниці становить від 0,09 до 0,35. Середній бал за попередні роки навчання у “бюджетних” студентів на 0,3 бали вище за “контрактних” студентів, що дорівнює стандартизованій різниці 0,67. Вказані величини різниці між “бюджетними” та “контрактними” студентами характеризуються високим ступенем статистичної достовірності (рівень значущості різниці за будь-яким показником не перевищує  $p < 0,0001$ ).

Таким чином, на національній вибірці “бюджетні” студенти за всіма змістовними субтестами, медичними профілями або аспектами діяльності лікаря показують більш ґрунтовні знання, ніж “контрактні” студенти. Цей висновок підтверджується різницею у середньому балі та високою статистичною достовірністю результатів.

Детальніший аналіз розбіжностей академічних досягнень під впливом фактора “форма навчання” студентів досліджувався також в межах більш гомогенних категорій студентів: всередині груп чоловіків та жінок (таблиця 3). Коливання різниці за показниками МЛП між “бюджетними” та “контрактними” студентами в групі чоловіків становить 2,52 – 4,45% (стандартизована різниця 0,13 – 0,33;  $p < 0,005$  для будь-якого показника). В групі жінок абсолютна різниця становить 1,29 – 4,85% (стандартизована різниця 0,06 – 0,35;  $p < 0,0000$  для виділених показників). Різниця в середньому балі між “бюджетними” та “контрактними” студентами і в групі чоловіків, і в групі жінок становить за 0,3 бала (0,63 стандартизовані бали для чоловіків та 0,69 – для жінок). Варто відзначити, що в групі жінок є 2 показники, за якими досягнення “бюджетних” та “контрактних” студенток-жінок майже не відрізняються. Це змістовні субтести “Шкіра та підшкірні тканини” і “Опорно-руховий апарат”, для яких аб-

Таблиця 2. Результати ліцензійного іспиту та середній бал залежно від форми навчання або статі студента \*

Показники (Середній бал, бал за тестом МЛІ та бали за субтестами МЛІ)	Порівняння бюджету та контракту				Порівняння чоловіків та жінок				Украї
	бюджет (Б)	контракт (К)	різниця (Б – К)	стандартизована різниця (Б - К)/s <sub>0</sub>	чоловіки (Ч)	жінки (Ж)	різниця (Ч – Ж)	стандартизована різниця (Ч – Ж)/s <sub>0</sub>	
Середній бал	4,2	3,9	0,30	0,67	4,0	4,1	-0,10	-0,22	4,1
Бал за тестом МЛІ	67,6	64,1	3,48	0,34	65,5	67,0	-1,58	-0,15	66,2
Загальні питання	68,9	64,3	4,57	0,35	66,2	68,1	-1,96	-0,15	67,2
Кров та кровотворні органи	69,8	66,7	3,16	0,18	67,7	69,5	-1,80	-0,10	68,2
ЦНС та ПНС	71,8	68,9	2,88	0,17	71,2	70,7	0,51	0,03	70,2
Серцево-судинна система	59,5	56,3	3,20	0,22	57,9	58,8	-0,91	-0,06	58,2
Дихальна система	64,3	61,2	3,17	0,23	63,1	63,5	-0,47	-0,03	63,2
Система травлення	71,5	67,0	4,48	0,26	69,3	70,6	-1,31	-0,08	70,2
Чоловіча репродуктивна, сечовивідна системи	69,6	66,2	3,38	0,18	67,6	69,0	-1,40	-0,08	68,2
Жіноча репродуктивна система	73,4	69,5	3,96	0,26	69,0	73,9	-4,89	-0,32	72,2
Шкіра та підшкірні тканини	62,4	60,5	1,81	0,09	60,8	62,3	-1,46	-0,07	61,2
Опорно-руховий апарат	60,2	58,0	2,19	0,11	58,2	60,2	-1,98	-0,10	59,2
Ендокринна система	47,8	43,4	4,38	0,24	45,7	46,8	-1,19	-0,07	46,2
Інфекційні хвороби	81,1	78,5	2,56	0,20	78,7	81,2	-2,49	-0,20	80,2
Терапевтичний профіль	66,2	62,9	3,26	0,30	64,6	65,5	-0,85	-0,08	65,2
Хірургічний профіль	67,3	64,1	3,14	0,29	66,0	66,5	-0,43	-0,04	66,2
Педіатричний профіль	67,9	64,5	3,38	0,27	65,1	67,9	-2,81	-0,22	66,2
Акушерство та гінекологія	71,6	67,6	3,96	0,27	67,4	72,0	-4,55	-0,31	70,2
Гігієна	67,9	63,5	4,37	0,32	65,7	67,0	-1,32	-0,10	66,2
Профілактика	62,4	59,2	3,24	0,27	61,1	61,6	-0,47	-0,04	61,2
Механізми захворювань	71,5	68,8	2,72	0,18	69,4	71,5	-2,10	-0,14	70,2
Діагностика	70,9	67,2	3,68	0,33	68,4	70,4	-2,01	-0,18	69,2
Ведення хворих	60,7	57,7	3,01	0,27	59,2	60,0	-0,84	-0,08	59,2
			P<0,0001 для всіх результатів (крім шкіри, де 0,0013)				P<0,01 для виділених результатів (крім ендокр., де 0,011)		

\* Кольором виділені величини різниці між категоріями студентів, які мають рівень значущості p<0,05



Таблиця 3. Результати ліцензійного іспиту та середній бал залежно від форми навчання та статі студента \*

Показники (Середній бал, бал за тестом МЛП та бали за субтестами МЛП)	Абсолютні дані				Порівняння чоловіків та жінок серед "бюджетних" студентів			Порівняння чоловіків та жінок серед "контрактних" студентів			Порівняння "бюджету" та "контракту" серед чоловіків			Порівня "контр"
	бюдж.-чол. (БЧ)	бюдж. жін. (БЖ)	контр.-чол. (КЧ)	контр.-жін. (КЖ)	різниця (БЧ-БЖ)	стандарт. різниця (БЧ-БЖ)/s <sub>1</sub>	стандарт. не відхилення (бюдж.) s <sub>1</sub>	різниця (КЧ-КЖ)	стандарт. різниця (КЧ-КЖ)/s <sub>2</sub>	стандарт. не відхилення (контр.) s <sub>2</sub>	різниця (БЧ-КЧ)	стандарт. різниця (БЧ-КЧ)/s <sub>3</sub>	стандарт. не відхилення (чолов.) s <sub>3</sub>	різниця (БЖ-КЖ)
Середній бал	4,1	4,2	3,8	3,9	-0,10	-0,24	0,4	-0,10	-0,22	0,4	0,30	0,63	0,5	0,30
Бал за тестом МЛП	66,6	68,1	63,2	64,6	-1,53	-0,15	10,0	-1,37	-0,13	10,4	3,33	0,32	10,4	3,48
Загальні питання	67,6	69,5	63,2	64,9	-1,86	-0,14	12,9	-1,76	-0,13	13,2	4,45	0,33	13,4	4,54
Кров та кровотворні органи	68,8	70,4	65,5	67,4	-1,65	-0,09	17,5	-1,83	-0,10	18,0	3,22	0,18	18,0	3,04
ЦНС та ПНС	72,2	71,5	69,2	68,7	0,62	0,04	16,2	0,54	0,03	17,4	2,94	0,17	16,8	2,86
Серцево-судинна система	58,9	59,9	56,1	56,5	-1,00	-0,07	14,4	-0,40	-0,03	14,5	2,79	0,19	14,4	3,38
Дихальна система	64,0	64,5	61,2	61,2	-0,54	-0,04	13,6	-0,01	0,00	14,0	2,81	0,20	13,9	3,34
Система травлення	70,5	72,0	66,8	67,2	-1,52	-0,09	16,8	-0,42	-0,02	17,8	3,74	0,22	17,2	4,85
Чоловіча репродуктивна, сечовивідна системи	68,9	69,9	65,1	66,9	-1,05	-0,06	18,0	-1,82	-0,10	19,0	3,82	0,20	19,5	3,05
Жіноча репродуктивна система	70,3	75,0	66,4	71,2	-4,74	-0,32	14,8	-4,84	-0,31	15,4	3,87	0,25	15,8	3,78
Шкіра та підшкірні тканини	61,7	62,7	59,1	61,4	-1,00	-0,05	20,7	-2,29	-0,11	21,5	2,58	0,13	20,5	1,29
Опорно-руховий апарат	59,1	60,7	56,3	58,9	-1,57	-0,08	20,3	-2,65	-0,13	20,9	2,83	0,14	20,5	1,75
Ендокринна система	47,0	48,2	42,9	43,7	-1,18	-0,07	18,1	-0,77	-0,05	17,2	4,08	0,23	18,0	4,49
Інфекційні хвороби	79,6	81,9	76,8	79,6	-2,22	-0,18	12,4	-2,83	-0,21	13,2	2,86	0,21	13,4	2,26
Терапевтичний профіль	65,7	66,5	62,6	63,2	-0,82	-0,08	10,6	-0,61	-0,06	11,0	3,10	0,28	11,1	3,31
Хірургічний профіль	67,0	67,4	64,0	64,2	-0,38	-0,04	10,4	-0,24	-0,02	11,0	3,03	0,28	10,9	3,17
Педіатричний профіль	66,1	68,9	62,9	65,5	-2,76	-0,22	12,4	-2,61	-0,21	12,6	3,19	0,25	12,8	3,34
Акушерство, гінекологія	68,7	73,1	64,8	69,3	-4,36	-0,30	14,5	-4,58	-0,30	15,1	3,96	0,26	15,2	3,75
Гігієна	67,1	68,4	63,0	63,9	-1,32	-0,10	13,5	-0,91	-0,07	13,7	4,07	0,30	13,7	4,48
Профілактика	62,0	62,7	59,4	59,1	-0,67	-0,06	11,9	0,28	0,02	12,2	2,63	0,21	12,4	3,58
Механізми захворювань	70,3	72,2	67,5	69,6	-1,97	-0,13	14,9	-2,13	-0,14	15,5	2,77	0,18	15,8	2,60
Діагностика	69,6	71,5	66,0	67,9	-1,91	-0,18	10,7	-1,89	-0,17	11,2	3,60	0,32	11,3	3,62
Ведення хворих	60,0	61,0	57,5	57,8	-0,97	-0,09	10,8	-0,25	-0,02	11,1	2,52	0,23	10,9	3,23
					P<0,05 для виділених результатів			P<0,05 для виділених результатів			P<0,005 для всіх результатів			P<0,00

\* Кольором виділені величини різниці між категоріями студентів, які мають рівень значущості p&lt;0,05.

солотна різниця в досягненнях жінок становить лише 1,25 та 1,75%, а р-величини свідчать про меншу статистичну достовірність цих розбіжностей ( $p < 0,07$  та  $p < 0,011$  відповідно).

Третій етап порівняння “бюджету” та “контракту” був проведений на рівні 18 навчальних закладів (первинні дані не наведені), в яких навчаються студенти обох категорій. За даними цього дослідження в усіх закладах:

1) середній бал “бюджетників” за попередні роки навчання вищий, ніж у “контрактників”;

2) загальний бал МЛП: в усіх закладах, крім ХНУ, результати “бюджетних” студентів вищі за “контрактних” на 0,9 – 7,6% залежно від закладу. В ХНУ “контрактні” студенти мають на 0,3% вищий загальний бал МЛП;

3) під час аналізу результатів субтестів МЛП з’ясовано, що за більшістю субтестів в більшості закладів “бюджетні” студенти мають кращі знання, ніж “контрактні”, при цьому коливання різниці в знаннях становлять до 11,6%. В 6 закладах є окремі субтести, за якими “контрактні” студенти показали себе краще, ніж “бюджетні”. І лише у 3-х навчальних закладах таких субтестів більше ніж 3.

#### Фактор «Стать»

Вплив фактора “стать” аналізувався за аналогічним алгоритмом, що й вплив фактора “форма навчання”. Таблиця 2, в якій наведено порівняння результатів “бюджетних” та “контрактних” студентів, а також порівняння результатів чоловіків та жінок, свідчить, що певні розбіжності в академічних досягненнях спостерігаються не лише між “бюджетними” та “контрактними” студентами, а й між чоловіками та жінками. За більшістю показників (крім субтесту “Центральна та периферична нервові системи”) студентки-жінки мають вищі результати, ніж студенти-чоловіки.

Величини абсолютної різниці між балами студентів-жінок та студентів-чоловіків за тестом МЛП та субтестами коливаються від 0,43 до 2,81%, а діапазон стандартизованої різниці становить від 0,03 до 0,31. Середній бал за попередні роки навчання у студентів-жінок на 0,1 бала вищий за студентів-чоловіків, що дорівнює стандартизованій різниці 0,22. Вказані величини різниці між досліджуваними групами студентів для більшості показників характеризуються достатнім рівнем статистичної достовірності, але цей рівень нижчий, ніж той, що характеризує розбіжності академічних досягнень між “бюджетними” та “контрактними” студентами (рівень значущості різниці за будь-яким показником

не перевищує  $p < 0,011$ ). Крім того, є декілька показників (субтести “Центральна та периферична нервові системи”, Дихальна система”, “Хірургічний профіль” та “Профілактика”), де різниця в академічних досягненнях між чоловіками та жінками є малою за абсолютною величиною (0,43 - 0,51%) та менш достовірною за статистичними даними.

Картина, що спостерігається під час дослідження впливу фактора “стать” на академічні досягнення в межах більш гомогенних категорій студентів (всередині груп “бюджетних” та “контрактних” студентів), відрізняється деталями, але схожа із загальною характеристикою розбіжностей між чоловіками та жінками на національному рівні (таблиця 3). В цілому жінки як в групі “бюджетних”, так і в групі “контрактних” студентів, показують більш високі результати за всіма показниками, крім субтесту “Центральна та периферична нервові системи”, за яким чоловіки демонструють дещо вищі результати, ніж жінки.

На рівні 20 досліджених навчальних закладів різниця між студентами-чоловіками та студентками-жінками не настільки очевидна:

1) за середнім балом за період навчання в більшості закладів жінки сильніші за чоловіків (крім СДУ ХНУ та ДНУ);

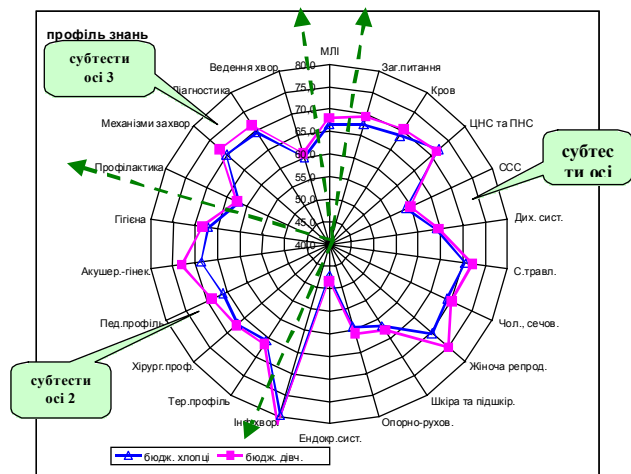
2) за загальним балом МЛП лише в ЗДМУ жінки мають на 0,7% нижчий результат, ніж чоловіки; в СДУ різниця не спостерігається; в інших закладах картина відповідає національній, а коливання різниці між чоловіками та жінками становлять від 0,4 до 2,6%. Висновки дослідження, що проведене в Буковинській державній медичній академії [3], опосередковано також підтверджують залежність балу МЛП від статі;

3) показники за субтестами по навчальних закладах варіюють і не завжди дозволяють зробити однозначний висновок про те, хто кращий. Загалом по всіх навчальних закладах приблизно у п’ятій частині всіх субтестів чоловіки сильніші за жінок, але різниця між чоловіками та жінками на рівні навчального закладу в багатьох випадках є статистично малодостовірною. В той же час звертають на себе увагу декілька субтестів (серцево-судинна система, жіноча репродуктивна система, шкіра та підшкірна тканини, інфекційні хвороби, терапевтичний профіль, профіль акушерство та гінекологія і ведення хворих), за якими чоловіки кращі за жінок лише в 1-3 закладах. Особливо слід виділити 2 субтести (“Педіатричний профіль” та “Діагностика захворювань”), де студентки абсолютно в усіх досліджених вищих медичних навчальних закладах України показують більший результат, ніж чо-

ловіки. Додаткове зауваження: співвідношення чоловіків та жінок у навчальних закладах з малим прийомом студентів (менше 50 осіб в рік) суттєво відрізняється від співвідношення в національній виборці. Це може бути однією з причин варіативності результатів. В цілому все ж слід вважати, що академічні досягнення студенток вищі, ніж у чоловіків, і на рівні ВНЗ.

## II. Аналіз профілю знань студентів за даними медичного ліцензійного іспиту

Аналізувались дані студентів за трьома осями структури змісту іспиту. Для наочності загальний бал МЛІ



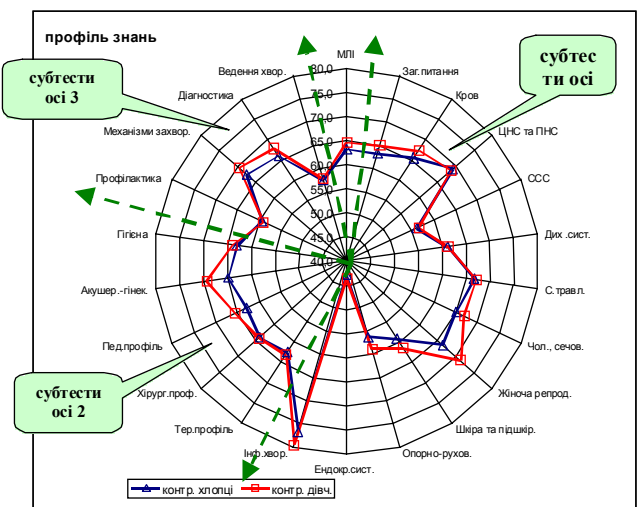
Діаграма 1. Профіль знань «бюджетних» студентів

систем», «Захворювання крові та кровотворних органів», «Захворювання серцево-судинної системи», «Захворювання дихальної системи», «Патологія системи травлення», «Захворювання чоловічої репродуктивної та сечовивідної системи», «Жіноча репродуктивна система», «Патологія шкіри та підшкірних тканин», «Патологія опорно-рухового апарату», «Захворювання ендокринної системи», «Інфекційні та паразитарні захворювання». Більшість результатів знаходиться в межах  $\pm 5\%$  від загального балу МЛІ ( $66,5 \pm 5\%$ ). За межі цього інтервалу виходять результати за субтестами «Захворювання серцево-судинної системи» ( $58,5\%$ ), «Патологія опорно-рухового апарату» ( $59,5\%$ ), «Жіноча репродуктивна система» ( $72,2\%$ ); суттєво нижче середнього є результат за субтестом «Захворювання ендокринної системи» ( $46,5\%$ ), суттєво вище – «Інфекційні та паразитарні захворювання» ( $80,3\%$ ). Діапазон коливань результатів за різними субтестами становить  $33,8\%$ .

Друга вісь структури змісту іспиту структурує результат МЛІ за медичними профілями. Всі результати потрапляють в межі інтервалу ( $66,5 \pm 5\%$ ), при цьо-

та результати всіх субтестів всіх трьох осей зведені в одній діаграмі. Узагальнені результати для чоловіків та жінок, що навчаються на бюджетній формі навчання, наведені в діаграмі 1. Узагальнені результати для чоловіків та жінок, що навчаються на контрактній формі навчання, наведені в діаграмі 2. Профіль знань студентів різної форми навчання та різної статі практично не відрізняється за формою, а відрізняється лише за абсолютним значенням показників.

Перша змістовна вісь структури змісту іспиту включає в себе субтести «Загальні питання», «Захворювання центральної та периферичної нервових



Діаграма 2. Профіль знань «контрактних» студентів.

му найнижчий результат відповідає терапевтичному профілю ( $65,2\%$ ), далі слідують хірургічний ( $66,3\%$ ), гігієнічний та ООЗ ( $66,6\%$ ), педіатричний ( $66,9\%$ ) профілі. За профілем акушерство і гінекологія студенти демонструють найбільш ґрунтовні знання ( $70,4\%$ ). Діапазон коливань результатів, які показують студенти за різними медичними профілями, становить  $5,2\%$ . Статистично мало достовірними є розходження результатів між хірургічним та гігієнічним, а також між гігієнічним та педіатричним профілями.

Третя вісь структури змісту іспиту відображає різні аспекти діяльності лікаря. На наше здивування найкращі результати показані за субтестами з питаннями, що присвячені «Розумінню механізмів захворювань» ( $70,7\%$ ) та «Діагностиці захворювань» ( $69,7\%$ ). Набагато гірше студенти розуміються на «Профілактиці захворювань» ( $61,4\%$ ) та «Веденні хворих» ( $59,7\%$ ). Діапазон коливань в межах цієї осі становить  $11\%$ .

**Висновки 1.** Обидва фактори – «форма навчання» та «стать» – впливають на академічні досягнення відповідних категорій студентів. З'ясовано

та статистично підтверджено, що студенти бюджетної форми навчання мають ґрунтовніші знання за “контрактних” студентів, а студенти-жінки є достовірно сильнішими за своїх співкурсників-чоловіків за більшістю розглянутих характеристик. Водночас, ступінь розбіжностей в академічних досягненнях між жінками та чоловіками виражений менше, ніж між “бюджетом” та “контрактом”, тобто форма навчання є більш вагомим фактором, що впливає на академічні досягнення, ніж стать студента. Такий висновок є справедливим як на гетерогенній національній виборці, так і в межах окремих більш гомогенних категорій.

В 1973 та 1993 роках Національна рада медичних екзаменаторів (США) вивчала результати американських студентів за ліцензійними іспитами залежно від статі. Одним з висновків дослідження було те, що чоловіки та жінки мають близькі загальні результати з тестового іспиту по клінічних дисциплінах, але жінки показують більш високі результати за такими підрозділами тесту, як педіатрія, психіатрія й акушерство та гінекологія, а чоловіки мають кращі, ніж жінки, показники із терапії, хірургії та превентивної медицини/охорони здоров'я [4], [5]. Таким чином, характеристика українського контингенту лікарів-випускників збігається з американським у тому, що результати чоловіків та жінок достатньо близькі між собою, що жінки показують кращі знання із педіатрії та акушерства-гінекології. Але на відміну від США українські студентки кращі у терапії, у гігієні та соціальній медицині.

З'ясування причин того, чому “бюджетні” студенти мають вищі академічні досягнення, ніж “контрактні” студенти, а студентки-жінки вчать краще, ніж студенти-чоловіки, потребує додаткових даних (наприклад, результатів “Кроку 1”, об'єктивних показників академічного стану абітурієнтів або цілеспрямованого анкетування). Можна припустити декілька причин існуючого стану, наприклад:

#### Література

1. Про затвердження Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів “Медицина” і “Фармація” // Наказ МОЗ України №251 від 14.08.98.
2. Про затвердження змін до діючого навчального плану підготовки лікарів у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації // Наказ МОЗ України №535 від 29.12.01.
3. Колюбакіна Л.В., Богуцька Н.К. Прогнозування підсумкової успішності студентів із педіатрії з урахуванням її динаміки впродовж навчання у вузі // Проблеми

- наявність стартової різниці між абітурієнтами за різними категоріями;
- можливість різної мотивації та пріоритетів у навчанні;
- існування розбіжностей у способах навчання, засвоєння матеріалу та опановування нових знань між жінками та чоловіками тощо.

Для їх підтвердження чи виключення необхідні ретельні структуровані дослідження. Поки ми можемо лише констатувати факт наявності впливу факторів “форма навчання” та “стать” на академічні досягнення студентів.

2. Студенти, що склали “Крок 2. Загальна лікарська підготовка” мають суттєві коливання у засвоєнні та застосуванні знань з різних за змістом медичних розділів та різних аспектів діяльності лікаря. Їхні досягнення з різних медичних профілів є більш рівними. Ми припускаємо, що відповіді на наступні запитання допоможуть дізнатися причини різниці у академічних досягненнях студентів.

· Чи пов'язаний ступінь досягнень за конкретним субтестом з тривалістю викладання відповідного медичного розділу протягом навчання? Або з періодом, який пройшов після вивчення цього розділу (на 4, 5 або 6-му курсах)?

· Чи зберігається форма профілю знань серед найсильніших або найслабших студентів?

· Чи впливає на розходження результатів той фактор, що стандартні звіти про результат медичного ліцензійного іспиту містять інформацію лише про частину субтестів, а про інші ні?

· Чи можна пояснити різницю у результатах складністю або легкістю конкретних тестових запитань? Чи складністю або легкістю конкретних медичних тем?

Перевірка припущень щодо причин таких розходжень визначає напрями подальших досліджень, які дозволятимуть краще інтерпретувати результати медичного ліцензійного іспиту та оптимізувати навчальний процес з підготовки майбутнього лікаря.

підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. Наук.-метод. конференц. – Дніпропетровськ, 2001. – С.189-190.

4. Weinberg, E., and Rooney, J.F. The Academic performance of women students in medical school. J.Med.Educ. 48(1973):240-247.

5. Case, S.M., Becker, D.F., and Swanson, D.B. Performances of men and women on NBME Part I and Part II: the more things change. Acad.Med. 68(1993): S25-S27.

УДК 378.14:378.661(-057.875)

## ФОРМИ ТА МЕТОДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Т.М. Сіліна

*Запорізький державний медичний університет*

## FORMS AND METHODS OF THE IMPROVEMENT OF STUDENTS' TRAINING AT THE MEDICAL UNIVERSITY

T.M. Silina

*Zaporizhzhian State Medical University*

Автор висловлює свої міркування щодо сучасних проблем удосконалення форм та методів викладання у вищому медичному навчальному закладі. Відзначено, що у підвищенні активності студентів у навчальному процесі велике значення мають форми організації навчального процесу і контроль їх знань, умінь та навичок.

The author expresses his thoughts concerning the modern problems of improving teaching forms and methods at higher educational establishment. The increasing of students' activity in the educational process was marked to depend considerably on the methods of organization of the teaching process and the control of their knowledge, skills and habits.

**Вступ.** Вирішити найважливіші проблеми охорони здоров'я населення можна лише завдяки забезпеченню медичних закладів висококваліфікованими лікарями. Тому перед медичним університетом постають завдання щодо вдосконалення форм та методів підвищення якості підготовки студентів [1]. Проблемне навчання є одним із ключових методів підвищення якості підготовки студентів. Воно прищеплює студентам дослідницькі навички, вміння самостійно отримувати знання. Суть його полягає в тому, що в процесі навчання створюються проблемні ситуації (задачі), для вирішення яких необхідні отримані на даному етапі знання [2]. Виходячи із мети медичної освіти, при вивченні студентами оперативної хірургії і топографічної анатомії необхідно найбільш ефективно використовувати проблемні завдання, пов'язані з діяльністю лікаря. Наприклад, проблеми на основі даних клінічного аналізу і т.д. Роль викладача в проблемному навчанні полягає в планомірній, цілеспрямованій постановці перед студентами питань, а також у наданні, при необхідності, допомоги у вигляді навідних питань. Тим самим проблемне навчання підвищує мотивацію до вивчення курсу. При проблемному навчанні найбільшого рівня знань досягають шляхом створення такої проблемної ситуації, в якій студентів пропонують самостійно розробити орієнтовну основу для дії, побу-

дувати графі логічної структури параграфу, теми або поняття та інтерпретувати його.

**Основна частина.** Вимоги до якості підготовки спеціалістів передбачають організацію науково обґрунтованої системи контролю за засвоєнням матеріалу, який виробляється викладачем у вигляді початкового контролю (на початку заняття), поточного контролю (в ході заняття), проміжного контролю (підсумкове заняття) і підсумкового контролю (екзамену) в кінці курсу [3]. Крім того, при підготовці до заняття (заліку), екзамену студент неминуче повинен сам контролювати ступінь засвоєння матеріалу (самоконтроль). Як показала практика ряду ВНЗів [4], найбільш доцільним є поєднання письмового програмового контролю (текстового чи у вигляді малюнка) за окремим розділом з традиційним устavnим опитуванням, впровадження в навчальний процес ситуаційних задач, які передбачають уміння (III рівень) і нестандартне рішення (IV рівень). При цьому забезпечується не тільки контроль з боку викладача за ходом мислення студента, але також створюється можливість втручання, керівництва розумовими діями, що забезпечує управління мисленням студента. Використання ситуаційних задач з метою контролю сприяє підвищенню зацікавленості до теми, розвиває навички мислення, тренує пам'ять і допомагає засвоєнню найбільш складного змісту, а також акцентує увагу на застосуванні вивченого

матеріалу на практиці, тобто на зв'язку з клінічною медициною. Початковий контроль ставить завдання перевірити рівень необхідних для заняття початкових знань студентів. Його результати дозволяють викладачеві своєчасно внести відповідні корективи в організацію заняття або вжити індивідуальних заходів до окремих студентів. Наприклад, у випадку, якщо студент не виконав завдання на самопідготовку, йому може бути запропоновано провести цю роботу на занятті, а вивчення матеріалу заняття перенести на додатковий час (в години відпрацювання пропущених занять). Поточний контроль дає можливість викладачеві керувати самостійною роботою студентів на заняттях і оцінювати її результати. Проміжний контроль здійснюється при перевірці можливостей студентів діагностувати й аналізувати макропрепарати, муляжі, схеми, малюнки оперативних втручань, а також розв'язувати ситуаційні задачі. Підсумковий контроль повинен відображати рівень набутих студентами знань, умінь та навичок із предмету. Тому він проводиться не тільки за допомогою підручника, але і за макропрепаратами, муляжами і таблицями. Успішне проведення самоконтролю може бути досягнуто при дотриманні визначених вимог, а саме: до кожної частини матеріалу, який вивчається, повинно бути поставлене питання і забезпечений еталон відповіді. При цьому у відповіді на кожне питання повинна міститися невелика кількість перерахувань. Поширені різноманітні форми поточного контролю, наприклад контрольні запитання до кінця теми у підручнику, повторення абзаців тексту напам'ять, тренажери та комп'ютерне тестування з наступною оцінкою знань за п'ятибальною системою. Із метою комплексної оцінки знань, умінь та рівня підготовки студентів протягом усього терміну навчання на кафедрі впроваджена рей-

тингова система, за якою оцінюють не тільки теоретичні знання на всіх етапах його застосування, а й активність студентів в освоєнні практичних навичок. Розвитку клінічного мислення у студентів завдяки рішенню ситуаційних задач сприяє також комп'ютерне тестування за програмами "КРОК-1" та "КРОК-2" [4]. Але крім оцінок, в умовах вищої освіти існують і інші символи успіху: почесна дошка для встигаючих, особливо відмінних студентів, виставка студентських робіт, студентські олімпіади, нагородження студентів книгами, іменними стипендіями, подяка та інше. Поряд з окремими студентами можуть захочуватися і навчальні групи. Залучення студентів до обговорення їхніх досягнень є необхідною умовою ефективності заохочення. Для підвищення активності студентів застосовують і різні форми догани. Але в навчальному процесі емоційне значення заохочення за успіх повинно бути більшим, ніж «сила» догани. Система перелічених заходів з морального стимулювання навчання повинна забезпечити формування у студентів: а) моральних уявлень і понять, пов'язаних із відповідним ставленням до навчання, до предмета, до професії, до мети студентства і колективу; б) переконань у необхідності сумлінного ставлення до навчання, виконання професійних та суспільних обов'язків.

Усе це разом буде сприяти підвищенню рівня підготовки студентів і вести до покращення педагогічного процесу.

**Висновок.** Вважаємо, що удосконалення педагогічного процесу шляхом науково обгрунтованої системи навчання і контролю знань сприяє підвищенню засвоєння студентами навчального матеріалу, збереженню високого рівня їхньої працездатності та покращенню якості підготовки майбутніх висококваліфікованих спеціалістів.

#### Література

1. Проблеми педагогіки медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – №2. – С. 12-14.
2. Вайда Р.Й., Гнатюк М.С., Герасимець М.Т. та ін. Застосування ситуаційних задач як метод підвищення ефективності позааудиторної самостійної роботи студентів // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі: Матеріали конференції. – Тернопіль, 1998. – Т.1. – С. 22-23.

3. Дзяк Т.В., Неруш П.О., Перцева Т.О. Оцінка знань із базових дисциплін // Особливості організації навчального процесу на перехідному етапі до ринкової економіки: Тези навчально-методичної конференції. – Полтава, 1997. – С. 16-17.

4. Петрова Н. Новые технологии образования // Вестник Российского Гуманитарного Научного Фонда. – 1996. – №1. – С. 158-160.

УДК 616.55/48-45/23

## ШЛЯХИ ПОДАЛЬШОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ БІОХІМІЇ У МЕДИЧНОМУ ВНЗІ

Г.Г. Шершун, М.М. Корда, Я.І. Гонський, Н.П. Саюк, Л.М. Рубіна,  
Л.С. Фіра, С.Р. Підручна, Р.М. Кубант

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

## THE WAYS OF FURTHER IMPROVEMENT OF TEACHING BIOCHEMISTRY AT HIGHER MEDICAL ESTABLISHMENTS

H.H. Shershun, M.M. Korda, Ya.I. Honsky, N.P. Sayuk, L.M. Rubina,  
L.S. Fira, S.R. Pidruchna, R.M. Kubant

*Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky*

У наведеній публікації зосереджена увага на питанні про шляхи вдосконалення викладання біохімії у медичних вузах. Зроблена спроба проаналізувати погляди і думки студентів щодо цієї проблеми.

The given article pays a special attention to the question concerning the ways of improvement of teaching biochemistry at Higher Medical Establishments. It has been made the attempt of analysing the students' ideas and views on this problem.

**Вступ.** Реформа вищої медичної освіти в Україні, зокрема підготовка лікарів широкого профілю, потребує суттєвих змін у методиці викладання теоретичних дисциплін з метою максимального їх наближення до клініки [1, 2]. Біохімія визнана однією з найважливіших фундаментальних дисциплін теоретичного профілю, базою клінічного мислення. Сучасний рівень знань базується на глибокому розумінні метаболічних процесів на клітинному та молекулярно-генетичному рівнях, а встановлення діагнозу – не стільки на даних суб'єктивного і об'єктивного обстеження хворого, скільки на результатах функціональних, інструментальних та лабораторних досліджень [7].

При вивченні теоретичних фундаментальних дисциплін на перших курсах започатковується основа клінічного мислення. Освоєння їх вимагає уміння узагальнювати, синтезувати, конкретизувати інформацію, вирішувати нестандартні ситуації, а не лише механічно запам'ятовувати і відтворювати її [5, 6]. Тому зміст, форми та методи викладання потребують переосмислення, подальшого вдосконалення набутого досвіду, а також поновлення.

**Основна частина.** Останнім часом з'явилося багато публікацій про оптимізацію навчального

процесу у ВНЗах, впровадження нових технологій, використання сучасних технологічних засобів створення навчальних програм, самоконтролю засвоєння матеріалу і контролю знань студентів [3, 4, 5]. Враховуючи різний ступінь підготовки студентської молоді за нинішніх умов прийому до ВНЗів (умови зарахування на контрактних засадах значно спрощені), акцентується увага на індивідуальному підході до студентів [8].

Проте наявні публікації відображають думки, пропозиції, досвід викладачів, тобто відсутній зворотний зв'язок зі студентами. На наш погляд, думки і пропозиції студентів могли б суттєво доповнити і скоригувати заходи поліпшення навчального процесу. З цією метою ми провели серед студентів 2 курсу медичного факультету анонімне анкетування, запропонувавши висловити їх точку зору на цю проблему. Наводимо питання анкети.

### **Ваша точка зору на питання про шляхи вдосконалення навчального процесу на кафедрі медичної хімії**

1. Чи достатньо Ви забезпечені підручниками, практичними посібниками з біохімії?
  - а) Так.
  - б) Ні.
  - в) Не повністю (або недостатньо).
2. Чи користуєтесь додатковою літературою при підготовці до занять?

- а) Так.  
 б) Ні.  
 в) Мені вона невідома.
3. Чи задовольняє Вас ведення лекцій?  
 а) Так.  
 б) Ні.  
 в) Не зовсім.
4. Якщо ні, або не зовсім, висловіть свої побажання.
5. Який варіант самостійної роботи на практичних заняттях Ви вважаєте найбільш ефективним?  
 а) Індивідуальне виконання роботи.  
 б) Бригадою по 2-3 чол.
6. Чи відомі Вам теми, рекомендовані для самостійного (позааудиторного) опрацювання?  
 а) Так.  
 б) Ні.
7. Як опрацюєте теми самостійної позааудиторної роботи?
8. Чи допомагає у засвоєнні матеріалу вирішення ситуаційних, тестових завдань?  
 а) Так.  
 б) Ні.  
 в) Не звертаю на них уваги.
9. Які наочні засоби могли б допомогти Вам краще засвоїти матеріал?  
 а) Таблиці, стенди.  
 б) Компакт-диски.  
 в) Комп'ютерні програми самоконтролю з окремих розділів.
10. Що б Ви хотіли ще висловити із запропонованої проблеми?
11. Якщо відсутній інтерес до навчання, вкажіть причини.

Заповнили анкету 99 студентів. Аналіз результатів дає підстави думати, що відповіді були в основному відвертими. Важко погодитись, з відповідями на перше запитання. 9 студентів відзначили, що не забезпечені навчальною літературою, а близько 40 % опитаних вказали, що забезпечені недостатньо. Це при тому, що у видавництві "Укрмедкнига" видано лабораторний практикум з біохімії, написаний колективом кафедри, і підручник "Біохімія людини" Я.І. Гонського. У бібліотечному фонді достатньо підручників "Біологічна хімія" Ю.І. Губського. Як з'ясувалося, студенти або просто не звертаються за підручниками, або через заборгованість перед бібліотекою не можуть їх отримати. Зрештою, в академії є хороші читальні зали, в яких студентам доступна будь-яка література. Немалий арсенал і додаткових джерел, але,

судячи з відповідей, вони не користуються популярністю у студентів. Припускаємо, що причиною може бути або їх деяка застарілість, або іншомовність.

Практично однозначно позитивною була відповідь на питання про якості лекцій, хоч окремі студенти висловили побажання, щоб лекцій було більше і щоб вони не були перевантажені інформацією, читалися в повільнішому темпі. Це свідчить про те, що в навчальному процесі лекції не втратили свого значення, і тенденція на їх зменшення не виправдана.

Лише четверта частина студентів вважає, що оволодіти належним чином практичними навичками можна лише за умови індивідуального виконання лабораторних робіт. Більшість студентів влаштовує робота бригадою, і, можливо, навіть просте споглядання того, що виконується іншими. І все ж ми переконані, що практичні навички закріплюються ті, які опрацьовані власними руками, а знання засвоюються тільки ті, які студент самостійно проаналізував, осмислив, які пройшли через його думку.

Тим часом аналіз анкет показав, що багато студентів цього не усвідомлюють, тому найбільше негативних відповідей (близько 80 % опитаних) дано саме на питання 6 і 7, що стосуються самостійної позааудиторної роботи. Виявилось, що це найслабша ланка в нашій роботі. Очевидно, недостатньо розробити теми, написати методичні вказівки, включити питання рекомендованих тем до варіантів підсумкових занять, екзаменаційних білетів. Важливо зацікавити, заохотити студентів до цієї праці. У нас є певні напрацювання і досвід у цьому плані. Організуємо курсові тематичні симпозиуми з найактуальніших проблем сучасної біохімічної науки, включаючи рекомендовані для самостійної роботи теми, залучаємо студентів до участі в курсовій олімпіаді з біохімії. Вважаємо, що це є хорошим стимулом для зацікавлення нашою дисципліною. Але ці заходи ще не задіяні на початку навчального року. Хочеться думати, що на ці ж питання дещо пізніше (хоча б у II семестрі) відповіді студентів були б оптимістичними. Слід і далі вдосконалювати організацію самостійної роботи студентів. Відповіді на питання про наочні засоби, які б допомагали у засвоєнні матеріалу, самоконтролю знань, лише підтверджують це. Всі, без винятку, студенти мають бажання користуватись комп'ютерним програмованим контролем, тематичними компакт-дисками, будучи впевненими, що накопичення навчального матеріалу на них



дозволить швидко і ефективно відтворити і використати найважливішу інформацію. На думку студентів, краще сприймається матеріал і при наявності таблиць, стендів, на яких відтворені метаболічні шляхи, їх перехрестя і взаємозв'язки, регуляція, енергетична ефективність, місця можливих метаболічних блоків і їх наслідки для організму. Саме на ці ділянки навчальної роботи ми в даний час акцентуємо увагу. Незабаром буде виготовлений на сучасному обладнанні академічної студії новий комплект таблиць, зданий у виробництво компакт-диск, робляться спроби розробити разом з кафедрою інформатики комп'ютерні навчальні програми до підсумкових занять.

Більшість студентів позитивно сприймає таку форму засвоєння матеріалу як рішення ситуаційних, тестових завдань, які є важливим компонентом творчого теоретичного і клінічного мислення (ситуаційні завдання, тести максимально наближені до клініки в рамках знань другокурсників). Третині опитаних, які відповіли, що не звертають уваги на такі завдання, доводиться пояснювати, яких невдач вони можуть зазнати при складанні ліцензійних іспитів "Крок-1" і "Крок-2" на IV і VI курсах.

Небажання вчитись не підтвердили 98% опитаних і це вселяє оптимізм. Більше того, у багатьох відповідях підкреслена цікавість до предмета, наявність стимулу до навчання. Водночас висловлювались і зауваження, побажання. Найчастіше це стосується перевантаження другорядними предметами, браку часу на ґрунтовну підготовку, великого обсягу матеріалу, шкільної системи викладання. "Студент повинен самостійно засвоїти матеріал, а контроль проводити на підсумкових заняттях в тестовому вигляді, як у розвинутих краї-

нах Заходу", – так написав один із студентів, якого навряд чи можна вважати несвідомим.

У багатьох відповідях студенти віддають належне особистості лектора, викладача, об'єктивному оцінюванню знань на заняттях, екзаменах, людському ставленню.

Сподіваємось, що представлені результати стануть стимулом для подальшого пошуку багатогранних можливостей і різноманітних форм стимулювання зацікавленості студентів у вивченні біохімії, підвищення їх успішності. Проте в традиційній практиці вищої медичної освіти навіть найновіші засоби і технології не дадуть очікуваного ефекту через значне часове розмежування доклінічного навчання студентів і викладання клінічних дисциплін на старших курсах. Тільки впровадження у медичних вузах курсу клінічної біохімії на старших курсах допомогло б набуті на 2 курсі знання і навички трансформувати у більш глибоке розуміння патогенезу хвороб, уміння трактувати біохімічні тести, обґрунтувати засоби коригування метаболічних розладів.

**Висновки.** 1. З метою вдосконалення навчального процесу у медичному ВНЗі, зокрема викладання теоретичних фундаментальних дисциплін, доцільно враховувати думки і пропозиції студентів. 2. Необхідно вдосконалювати організацію і всебічно стимулювати самостійну позааудиторну роботу студентів. 3. Необхідно широко впроваджувати нові технології в навчальний процес, зокрема постійно поповнювати банк тестових і ситуаційних завдань, виготовляти наочні засоби з використанням комп'ютерної техніки. 4. Потрібно вдосконалювати педагогічну майстерність, проявляти вимогливість, але об'єктивно і доброзичливо ставитись до студентів.

#### Література

1. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я // Постанова Кабінету міністрів України №989 від 20.06.2000.
2. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стані проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні // Медична освіта. - 2001. - № 4. - С. 5-13.
3. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес // Медична освіта. - 2000. - № 1. - С. 18-20.
4. 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.

5. Мисула І.Р. Оптимізація навчального процесу в Тернопільській медичній академії в умовах сьогодення // Медична освіта. - 1999. - № 1. - С. 44-47.
6. Мисула І.Р., Файфура В.В. Самостійна робота студентів та її вдосконалення // Медична освіта. - 2002. - № 1. - С. 14-16.
7. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Корда М.М., Саяк Н.П., Рубіна Л.М., Фіра Л.С. Проблеми викладання біохімії у вищій медичній школі // Медична освіта. - 1999. - № 1. - С. 65-67.
8. Дон О.М. Врахування індивідуальних особливостей студентів при виборі методів навчання // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів в системі ступеневої освіти. // Матер. наук.-практ. конфер. - К. - 1999. - С. 62-70.

УДК 614.252.2:616.3

## СПІВВІДНОШЕННЯ МЕТОДІВ ТРАДИЦІЙНОГО ТА ПРОГРАМОВАНОГО НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

С.М. Дмитрієва

*Запорізький інститут удосконалення лікарів*

## CORRELATION OF THE TRADITIONAL AND PROGRAMMAL METHODS AT THE AFTER-DYPLOMIC TRAINING OF THE FAMILY DOCTORS

S. M.Dmytryeva

*Zaporizhzhian Institute of Advanced Medical Studies*

Стаття містить пропозиції автора щодо вдосконалення післядипломного навчання сімейних лікарів на підставі аналізу досвіду викладання на кафедрі сімейної медицини Запорізького інституту удосконалення лікарів та обговорює доцільність впровадження нових методичних варіантів організації підготовки лікарів загальної практики.

The article contains the author's proposals concerning the improvement of advanced studies of family doctors basing on the analysis of teaching experience at the chair of family medicine of Zaporizhzhian institute of advanced medical studies and discusses the expediency of inculcation of the new methodical variants of organization of the of family doctors' training.

**Вступ.** Умовами успішної реалізації сучасної концепції реформування первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини є розробка оптимальної економічної моделі роботи сімейного лікаря, формування правової бази та якісна підготовка медичних кадрів [1,2]. Кваліфікаційні вимоги до лікаря загальної практики (сімейного лікаря) передбачають універсальну підготовку з основних (терапія, педіатрія, хірургія, акушерство і гінекологія) та спеціальних (вузьких) клінічних дисциплін. Однак при цьому важливим є уникнути результату, коли велика кількість одержаної слухачем інформації не перетворюється у велику якість його знань, вмінь та навичок. Тому широке обговорення досвіду післядипломної підготовки лікарів загальної практики на кафедрах вищих навчальних закладів країни є важливим для удосконалення та уніфікації дидактичних аспектів і практичної реалізації державної програми викладання сімейної медицини як сучасної інтегральної клінічної дисципліни [3-5].

**Основна частина.** Сучасна навчальна програма спеціалізації із сімейної медицини розрахована на 936 годин й вимагає освоєння матеріалу 20 клінічних дисциплін протягом шести місяців. Згідно з навчальним планом, майже 40% даного часу (364 години) відведено на освоєння терапії та педіатрії. Слід підкреслити, що саме для цих дисциплін програмою передбачено диференційоване планування часу навчання залежно від характеру базової підготовки, тобто співвідношення годин на засвоєння розділів "Хвороби внутрішніх органів" / "Дитячі хвороби" для терапевтів складає 172/192 години, а для педіатрів – відповідно 196/168 годин/. Таким чином, середній показник частки базових знань для терапевтів і дитячих лікарів дорівнює відповідно 18,4% та 17,9%; для лікарів інших спеціальностей (а таких на кожному циклі спеціалізації із сімейної медицини буває приблизно 4-12%) даний показник буде ще нижчим. Результати базового контролю знань на початку циклу спеціалізації також дозволяють визначити, що доля повних та правильних відповідей у середньому складає 15-20%. Тобто співвідношення якісних базових знань

© С.М. Дмитрієва, 2002

і нової інформації напочатку спеціалізації із сімейної медицини дорівнює 1:5–1:4.

Виходячи з цього, можна довести, що приблизно 80% навчального часу фактично заплановано для одержання знань першого («знання–знайомство») та другого рівнів («знання–копія»), яких досягають в результаті використання пояснювально-ілюстративного і репродуктивного методів традиційного навчання. Теоретично виведення співвідношення програмованого і традиційного навчання в підготовці сімейних лікарів повинно також урахувати поправку на проблемний виклад матеріалу на лекції, що змінює це співвідношення до 1:4–1:3; але для формування знань третього («знання – вміння») і четвертого («знання – трансформація») рівнів одного цього методу програмованого навчання недостатньо, а фактичне використання частково-пошукового методу або дослідного методу без необхідної базової підготовки лікарів-слухачів є недоцільним.

При цьому одержання знань першого і другого рівнів лише частково відповідає навчальній меті спеціалізації з сімейної медицини. Так, навчальні години, відведені для знайомства з програмою планування сім'ї (24) або традиційними немедикаментозними методами лікування (22) можна вважати достатніми; теоретично можливе формування первинних знань і специфічної настороженості щодо інфекційних хвороб (36) або туберкульозу (30). Але для опанування практичних навичок, зазначених у кваліфікаційній характеристиці сімейного лікаря з багатьох клінічних дисциплін, часу занадто мало. Наприклад, для занять на кафедрі акушерства і гінекології програмою відведено 58 навчальних годин, а сімейний лікар повинен вміти виконувати зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження, діагностику вагітності, допомогу при фізіологічних пологах, реанімацію та первинний туалет новонародженого, дослідження гормонального дзеркала,

кольпоскопію та огляд шийки матки, введення ВМС тощо.

Доречно зазначити, що первинна спеціалізація з вибраної клінічної дисципліни у середньому складає 3-4 (6) місяців. Тому поряд із загальною спеціалізацією (яка може бути організована як перервані курси за системою 4+2 або 2+2+2 з обов'язковою самостійною роботою лікарів у період між заняттями на кафедрі) вважають за доцільне проведення циклів тематичного удосконалення для сімейних лікарів із актуальних питань різних клінічних дисциплін; індивідуальне стажування на робочому місці з вибраної спеціальності (строки такого стажування повинні визначатися на підставі об'єму вимог кваліфікаційної характеристики сімейного лікаря); або впровадження інших методів індивідуальних занять, при яких звичайно використовуються принципи і методи програмованого навчання (активна самостійна робота лікаря, оптимальний вибір індивідуального темпу навчання, дозованість подачі навчального матеріалу і постійний контроль його засвоєння тощо), що дає можливість сімейному лікарю одержати передбачені навчальною метою знання, вміння та практичні навички. Аналіз структури контингенту циклів спеціалізації дозволив нам виділити групу слухачів (20-25%), які працюють лікарями сільських лікарських амбулаторій, тобто фактично вже є сімейними лікарями, знайомі з реальними вимогами їх спеціальності й часто звертаються з проханням посилити для них деякі сателітні цикли (акушерство, поліклінічна хірургія тощо) в індивідуальному режимі.

**Висновок.** Таким чином, сучасна післядипломна підготовка сімейних лікарів на кожному її етапі, залежно від сформульованих навчальних завдань повинна використовувати різні методичні підходи з комбінуванням методів традиційного та програмованого навчання в різному їх співвідношенні.

#### Література

1. Москаленко В.Ф., Вороненко В.Ф., Вітенко І.С. Стан і проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні // Медична освіта. – 2001. – №4. – С. 5-13.
2. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я // Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000.
3. Штемпель В.Ю. Підготовка лікаря загальної практики – один із напрямків реформування вищої медичної

освіти. // Медична освіта. – 2001. – №1. – С. 31-33.

4. Гирін В.М. Післядипломна медична освіта: проблеми і перспективи її формування на етапі перебудовних процесів у галузі охорони здоров'я України // Медична освіта. – 1999. – №1. – С.16-19.

5. Деміховська О.В. Проблема інтеграції наук у системі вищої медичної освіти // Медична освіта. – 2001. – №1. – С. 22-24.

УДК 616:15 (07.07)

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ЦИКЛУ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ НА КАФЕДРІ „ПОЛІКЛІНІЧНА СПРАВА ТА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”

**В.Б. Гощинський, Л.С. Бабінець, Н.І. Корильчук, Н.О. Архіпова**  
*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

## SOME ASPECTS OF PRACTICAL TRAINING REALIZATION ON A CYCLE OF URGENT MEDICAL AID AT THE DEPARTMENT “POLYCLINICAL AND FAMILY MEDICINE”

**V.B. Goshchynsky, L.S. Babynets, N.I. Korylchuk, N.O. Arkhipova**  
*Ternopil State medical Academy by I. Ya. Horbachevsky*

Одним із важливих компонентів підготовки кваліфікованих лікарів загальної практики – сімейної медицини є формування професійних навичок та вмінь з надання невідкладної допомоги пацієнтам при ургентних станах у студентів-субординаторів медичного факультету. Виконання цієї важливої педагогічної ланки потребує від викладачів кафедри “Поліклінічна справа та сімейна медицина” пошуків нових форм та методів роботи.

One of the important components of the common practice qualified doctors preparation - family medicine is formation of professional skills at the student-externists on rendering the urgent aid to the patients in emergency conditions. The solution of this important problem requires from the teachers of the department “Polyclinal and family medicine” searching the new forms and methods of work.

**Вступ.** Своєчасне і грамотне надання повноцінної кваліфікованої медичної невідкладної допомоги населенню на догоспітальному етапі – одна з важливих ланок сучасної системи охорони здоров'я в Україні. На догоспітальному етапі невідкладну терапевтичну допомогу на сьогоднішній день надає лікар „Швидкої допомоги”, власне спеціаліст з ургентних станів (лікарі загальних і спеціалізованих бригад міських станцій „Швидкої допомоги”), а також лікар амбулаторного етапу – поліклініки та амбулаторії сімейної медицини. Основні нормативні параметри з організації роботи служби екстреної допомоги, викладені в наказі МОЗ України №175 (1996 р.) „Про удосконалення екстреної медичної служби”, а також вимоги до сімейних лікарів з невідкладних станів, подані в Наказі МОЗ України №72 від 23.02.2001 р. „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини” [1, 2], свідчать про зростання вимог до якості та професійності в діяльності лікарів загальної практики при наданні невідкладної допомоги.

Підготовка кадрів для роботи в системі „Швидкої допомоги”, а також необхідність формування навичок з надання медичної допомоги при ургентних станах у кожного лікаря загальної практики, незалежно від майбутнього місця роботи вимагає постійного пошуку нових форм та методів педагогічного процесу при викладанні циклу „Швидка допомога” на кафедрі „Поліклінічна справа та сімейна медицина” для студентів VI курсу медичного факультету [3].

**Основна частина.** Практичні заняття з циклу „Швидкої допомоги” проводяться на базі комунального центру швидкої медичної допомоги (ЦШМД) м. Тернополя, що додає позитивного емоційного забарвлення педпроцесу, оскільки студент має можливість відчувати себе протягом циклу повноцінним членом медичного колективу, усвідомити реальну значимість та екстремальність умов роботи, усвідомити не тільки теоретично (зі слів викладача та спеціальної літератури), але й практично актуальність вивчення цієї дисципліни. Це створює позитивну мотивацію для сприйняття знань та наступної діяльності.

Важливим компонентом викладання є формулювання навчальних цілей. Викладачі кафедри вба-

© В.Б. Гощинський, Л.С. Бабінець, Н.І. Корильчук, Н.О. Архіпова, 2002

чають їх складність на рівні формування професійних вмінь у студентів-субординаторів. Пріоритетними є не просто повторення вже отриманих на попередніх курсах знань та навичок, а спрямованість молодих лікарів на здатність оперувати системою професійних знань і навичок у вирішенні реальних клінічних завдань. Домінантність тренінгу (реального – на клінічних ситуаціях при виїздах у складі бригад та змодельованого – через рішення нестандартних, ускладнених задач) визначає високий рівень постановки завдань і цілей, а також очікуваних вмінь.

Субординатори проходять повноцінний інструктаж із правил техніки безпеки в роботі лікаря виїзної бригади, знайомляться із основними нормативними актами „Швидкої допомоги”, а також з медичною документацією, з якою оперують лікарі ЦШМД.

Актуальним аспектом при викладанні циклу „Швидка допомога” є навчити студентів вмінню грамотно заповнити „Карту виїзду швидкої медичної допомоги” (ф. 110/о), яка затверджена згідно з наказом МОЗ України №197 від 05.08.1999 р. Головним завданням викладачі кафедри вважають донести до студента доцільність введення нових розділів „Карті”, необхідність якісного заповнення її. Студент повинен усвідомити на рівні навички та вміння, що „Карта виїзду” – не тільки важливий медичний документ, але й юридичний при певних обставинах, статистичний, страховий, соціальний.

Враховуючи специфіку роботи лікарів на догоспітальному етапі надання меддопомоги (обмежені можливості лабораторної та інструментальної діагностики), а також часто швидкий розвиток невідкладного стану (неможливість використати допоміжні методи обстеження), основне значення в діагностиці має ретельний аналіз клінічних ознак пацієнта. Діагноз та об’єм невідкладної допомоги часто визначається на рівні синдромологічного. Це зумовлює націлення студента VI курсу на вміння швидко провести повне обстеження пацієнта, виділити клінічні симптоми, об’єднуючи їх посиндромно і, виходячи з цього, провести швидку та якісну терапію згідно з відпрацьованими раніше алгоритмами. Цей сценарій реальних дій необхідно вміти відобразити документально, чітко та стисло сформулювавши скарги, анамнез, об’єктивні дані (загальні – для всіх бригад, додатково для кардіологічної бригади – дані ЕКГ, для неврологічної – неврологічний статус, для ортопедичної – чітко визначити тип травми). Окремі підрозділи „Карті

виїзду” відображують проведене медикаментозне лікування та процедури, а також стан пацієнта після надання допомоги.

Отже, окреслимо пріоритетні цілі навчання для субординаторів на циклі „Швидка допомога”:

1) вміти застосовувати і модифікувати створені раніше алгоритми діагностики та лікування основних невідкладних станів у реальних ситуаціях;

2) вміти вирішити подальшу тактику стосовно хворого (транспортування в стаціонар певного профілю, амбулаторне лікування пацієнта в лікувально-профілактичному закладі за місцем проживання його);

3) вміти грамотно оформити необхідну медичну документацію („Виїзну карту швидкої медичної допомоги”, „Сигнальний лист”, „Екстрене повідомлення повідомлення про інфекційне захворювання, харчове та гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення”, „Супровідний листок на стаціонарне лікування”).

Актуальним завданням у педагогічному процесі на циклі „Швидка допомога” є оволодіння субординаторами юридичними аспектами в діяльності лікаря швидкої допомоги та поліклініки з надання невідкладної допомоги в ургентних ситуаціях. Викладачі кафедри націлюють студентів на усвідомлення моральної та правової відповідальності за виконані та невиконані ними лікарські дії в певних клінічних ситуаціях, а також звертають увагу на важливість грамотного заповнення нововведеного пункту в „Карті виїзду” – відмова пацієнта від послуг/лікування/транспортування персоналом ШМД. Часто грамотне виконання законних формальностей знімає можливість виникнення в подальшому суперечливих моментів.

Вважаємо доцільним проведення практичного заняття з невідкладної допомоги при гострих отруєннях на догоспітальному етапі у формі семінарського заняття, коли кожен студент отримує завдання з ґрунтового висвітлення клініки, особливостей діагностики та при наявності – специфічного антидотного лікування при певному виді отруєння. Таким чином, крім відпрацювання загального алгоритму дій для діагностики та лікування отруєнь на догоспітальному етапі, ми розширюємо кругозір молодих лікарів, вчимо виділяти в клініці та патогенезі кожного виду отруєння, яке розглядається, загальні синдроми уражених органів та систем згідно з тропністю дії певного токсину або отрути, і відповідно надавати невідкладну допомогу. В план семінару входять також питання відпра-

цювання алгоритмів виконання медичних процедур: конікотомії, зупинки кровотеч, промивання шлунка, виконання клізм, плевральної пункції, реанімаційних заходів – непрямого масажу серця, штучної вентиляції легень та ін.

Таким чином, у навчальній програмі циклу невідкладної допомоги чітко виконуються принципи наступності та інтегративності педагогічного процесу підготовки лікарів загальної практики [4].

Оскільки не кожному студенту під час проходження циклу вдається на практиці проявити отримані знання в умовах реального тренінгу, ми намагаємося моделювати нетипові клінічні ситуації та опрацьовувати їх так:

1) викладач пропонує реальну ситуацію з досвіду своєї роботи або студентів попередніх груп для індивідуального вирішення певним студентом, а решта – виступають у ролі арбітрів;

2) студенти діляться на групи по 3-4 чол., пропонується нетривіальна задача, у кожній групі приймається своя програма дій, потім із цих програм вибирається оптимальна;

3) індивідуальне спілкування з кожним окремим студентом у вільний від роботи на виїзді час.

Таким чином, при неможливості забезпечення в повному обсязі реального тренінгу для формування професійних вмій ми застосовуємо змодельовані його форми.

**Висновки.** 1. Створення позитивної мотивації при проходженні циклу „Швидка допомога” на кафедрі «Поліклінічна справа та сімейна медицина» для студентів VI курсу медичного факультету забезпечує високий рівень сприйняття знань та зацікавленості у навчанні.

2. Навчальні цілі практичних занять циклу за складністю відповідають рівню формування професійних навичок та вмій.

3. Реальний тренінг (робота на виїздах) доповнюється модельованими формами його, які висвітлені у статті.

4. Деякі аспекти викладання на циклі «Швидка допомога» (моделі тренінгу, юридичні моменти, робота з меддокументацією) доцільно ширше впроваджувати в педагогічну практику.

### Література

1. Про удосконалення екстреної медичної служби // Наказ МОЗ України №175 (1996 р.).

2. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини”//Наказ МОЗ України №72 від 23.02.2001 р.

3. Штемпель В.Ю. Підготовка лікаря загальної практики – один із напрямків реформування вищої медичної освіти // Мед. освіта. – 2001. – №1. – С. 31-33.

4. Мисула І.Р., Пашко К.О., Бузько Г.Д., Ткаченко Г.І. Поглиблення інтеграції навчального процесу в академії //Мед. освіта. – 2000. – №1. – С. 53-54.

УДК 61 (075.5)

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОМЕНТИ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

О.М. Талалаєнко, І.І. Саглай, А.В. Чуриліна, І.К. Ляхов, В.В. Сичова,  
Н.С. Ханкевич, І.В. Єрошенко, Д.І. Масюта, Г.В. Зуєва, С.І. Такташов,  
Л.Ф. Чала, Р.Ф. Махмутов

*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького*

## ORGANIZATION MOMENTS OF PRACTICAL TRAINING AT THE MEDICAL UNIVERSITY

O.M. Talalayenko, I.I. Saglay, A.V. Churylina, I.K. Lyakhov, V.V. Sychova,  
N.S. Khankevych, I.V. Yeroshenko, D.I. Masyuta, G.V. Zuyeva, S.I. Taktashov,  
L.F. Chala, R.F. Makhmutov

*Donetsk State Medical University by M. Horkey*

Робота присвячена літній виробничій практиці студентів медичного університету. Результати виробничої практики залежать від правильної організації підготовчого періоду, чіткої постановки цілей і завдань студентам різних курсів, цілеспрямованої, індивідуальної роботи зі студентами “групи ризику”.

The article is devoted to the summer practical training of the students of the medical university. Results of practical training depend on the proper organization of the preparatory period, exact setting of the goals and the tasks for the students of different courses, purposeful individual work with students of the “risk group”.

**Вступ.** Проблема удосконалення якості підготовки спеціалістів у вищому навчальному закладі є як традиційною, так й актуальною для вищої школи, в тому числі і для медичного університету. Здатність системи освіти відображати в програмах підготовки спеціалістів сучасні потреби практики, а також випереджати її вимоги до відповідних знань, вмінь, навиків спеціалістів – необхідна умова роботи вищого навчального закладу. Виробнича практика студентів медичного університету є продовженням навчального процесу і відповідальним моментом для підготовки висококваліфікованих спеціалістів [1, 2].

**Основна частина.** Обов'язковою умовою інтенсифікації навчального процесу повинно бути погодження теоретичного викладання з практикою, точніше з професійною медичною працею, відповідно до етапів етично-деонтологічного виховання майбутнього лікаря (робота молодшого, середнього медичного персоналу, лікаря) [3, 4]. У зв'язку з цим, існує чітка диференційованість виробничої практики: студенти II курсу навчаються догляду за хворими, розуміють основи психо-

логії хворих. На III курсі опановуються практичні навички роботи середнього медичного персоналу. На IV курсі студенти ближче знайомляться з умовами роботи у лікарні, закріплюють знання й уміння з терапії, хірургії, педіатрії, акушерства і гінекології, гігієни та санітарії. Завданнями студентів V курсу є освоєння роботи помічника дільничного лікаря-терапевта, хірурга, педіатра, гінеколога та епідеміолога.

Студенти медичного факультету більшу частину виробничої практики проходять з терапії, педіатрії – з педіатрії. Напевно, суперечним є питання про санітарно-епідеміологічну станцію і епідеміологію для учнів цих спеціальностей, тому що при цьому зменшується час роботи з хірургії, акушерства і гінекології. Можливо, ці спеціальності великою мірою стосуються студентів медико-профілактичного відділення.

Зміст і методика виробничої практики постійно удосконалюються, наближуються до вимог практичної охорони здоров'я, сприяють розширенню професійних знань-умінь, розвитку організаторських здібностей, формуванню моральних якостей майбутнього лікаря в реальних умовах.

© О.М. Талалаєнко, І.І. Саглай, А.В. Чуриліна та ін., 2002

Найбільший ефект в організації і проведенні виробничої практики досягається завдяки чіткому плануванню на весь навчальний рік, систематичному керівництву і активному контролю, а також тісному контакту з органами охорони здоров'я.

Весь період практики ділиться на три етапи: підготовчий, основний і заключний. У підготовчому періоді створюються методичні розробки з кожної дисципліни. Студенти знайомляться з ними задовго до початку виробничої практики. Складаються договори з лікувально-профілактичними установами. Критерії, за якими відбираються бази виробничої практики, такі: багатопрофільність лікарні, укомплектованість її кваліфікованими кадрами, достатнє сучасне обладнання. Важливу роль відіграє зручність транспортних комунікацій. Проводиться розподіл студентів по базах виробничої практики. Сучасні соціально-економічні умови вимагають оформлення студентами тристоронніх договорів “вищий навчальний заклад – студент – лікарня”, за якими учні проходять виробничу практику за місцем проживання. Ми вважаємо, що за індивідуальним графіком можуть працювати лише успішні студенти. Студенти, які мають заборгованість з дисциплін під час екзаменаційної сесії, і студенти “групи ризику” повинні проходити практику на базах під безпосереднім контролем базових керівників. Кожний студент “групи ризику” повинен мати індивідуальні завдання на практику. Представник кафедри, з якої студент числиться у “групі ризику”, повинен обов'язково брати участь у прийманні заліків у цих студентів. Інструктаж студентів проводиться два рази: за два місяці до початку практики, під час якого учні знайомляться з методичними розробками, базами виробничої практики, і безпосередньо перед початком практики.

Під час виробничої практики здійснюється суворий контроль за дисципліною, веденням щоденників, медичної документації, ставленням до роботи. У свій час маршал А.М. Василенко чітко сказав про методи практичного навчання молоді: “Навчай показом, а пояснюй розповіддю, показуй так, щоб бачили всі, а перевіряй засвоєння по одному, про вміння міркуй за виконанням, а не за розповіддю”. Цей метод залишається актуальним до теперішнього часу.

#### Література

1. Казаков В.М. Донецький державний медичний університет ім. М. Горького // Медична освіта. – 2001. – № 2. – С. 24-28.
2. Пыжев С.В., Косарев И.И. Социально-экономические и медико-психологические аспекты интенсификации высшего медицинского образования // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1993. – № 7. – С. 19-21.

На третьому заключному етапі виробничої практики проводиться чітка організація заліків з кожної дисципліни. Є добре забезпечення підсумкового контролю муляжами, тренажерами, на яких перевіряються практичні навички студентів, тестами, достатнім набором рентгенівських знімків, електрокардіограм, гемограм, результатів біохімічних досліджень крові, копроцитогам, аналізів сечі, шлункового та дуоденального соків.

Необхідно суворо контролювати оформлення відомостей. Залік у студентів, як і під час екзаменаційної сесії, приймається тільки за наявності залікових книжок.

Підводячи підсумки літньої виробничої практики й аналізуючи її результати, слід зазначити, що практика студентів IV-V курсів сприяє кращому виробленню практичних навичок учнів. Про це свідчить підвищення кількості позитивних оцінок до 56,8 % і 66,2 % проти 37,0 % і 49,6 %, які були отримані студентами під час практичної частини екзаменів. Зменшилась кількість задовільних оцінок з 59,0 % на IV курсі і 44,8 % на V курсі до 17,1 % і 18,9 % відповідно. Напевно, це можна пояснити більш широкою можливістю роботи студентів безпосередньо з хворими, що суттєво впливає на підвищення в учнів почуття відповідальності.

Підсумки літньої виробничої практики доповідаються на засіданнях вчених рад факультетів і вченої ради університету, визначаються завдання на наступний рік.

**Висновки.** Успішні результати виробничої практики студентів медичного університету залежать від правильної, грамотної організації підготовчого періоду. Для керівництва літньої виробничої практики необхідно виділяти досвідчених викладачів. Студенти задовго до початку практики повинні бути ознайомлені із завданнями, метою виробничої практики на кожному курсі, вивчити методичні рекомендації із кожної дисципліни. Особою уваги заслуговують студенти “групи ризику”, з якими керівники практики повинні працювати за індивідуальними завданнями. Підсумки виробничої практики аналізуються, доповідаються на засіданнях вчених рад, визначаються завдання на наступний навчальний рік.

3. Спиженко Ю.П. О концепции развития высшего медицинского образования на Украине // Врачебное дело. – 1991. – № 7. – С. 3-5.

4. Шкарин В.В. ВУЗ и медицинские учреждения: вопросы обратной связи // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. – № 6. – С. 42-45.



УДК 614.254.3:616-053.2(07.07)

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ НА КАФЕДРІ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ СПРАВИ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

О.Р. Ясній, В.В. Павліковська, Н.Є. Боцюк, Н.Б. Пінь

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

## PECULIARITIES OF TEACHING PEDIATRICS AT THE CHAIR OF POLYCLINIC BUSINESS AND FAMILY MEDICINE

O.R. Yasniy, V.V. Pavlikovska, N.Ye. Botsiuk, N.B. Pin'

*Ternopil State Medical Academy by. I. Ya. Horbachevsky*

Описано педагогічні прийоми викладання педіатрії на кафедрі поліклінічної справи та сімейної медицини Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського. Наведено ефективні психолого-педагогічні підходи до підготовки сімейного лікаря.

There have been described the main pedagogical methods of teaching pediatrics at the chair of polyclinic business and family medicine of Ternopil State Medical Academy. Efficient psychological and pedagogical approaches to the preparation of a family doctor have been given.

**Вступ.** Підготовка кваліфікованого лікаря первинної медико-санітарної ланки – сімейного лікаря стає пріоритетним завданням вищих навчальних медичних закладів України. Фахове вдосконалення студентів шостого курсу як лікарів загальної практики (сімейних лікарів), їх професійна підготовка має свої особливості, що потребує розробки та впровадження адекватного навчально-методичного забезпечення. Формування клінічного мислення – безперервний творчий процес, що вимагає постійного вдосконалення [1]. Завдання викладача – спрямувати діяльність студента на досягнення запланованої мети: вміти збирати інформацію; отримати у хворого необхідні дані для встановлення діагнозу; скласти план відповідного обстеження пацієнта; дати хворому певну інформацію щодо діагнозу, подальшої тактики обстеження та лікування; навчити студента працювати з джерелами інформації.

**Основна частина.** На кафедрі поліклінічної справи та сімейної медицини Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського розроблено програму навчання студентів шостого курсу, в якій передбачено не тільки закріплення знань, отриманих на попередніх курсах педіатрії, але й продовження формування клінічного світогляду та мислення. У програмі також передбачено

вивчення і таких питань, як здійснення профілактичних заходів щодо виявлення ранніх та латентних форм захворювання та факторів ризику, здійснення протиепідемічної роботи, надання невідкладної допомоги, проведення реабілітаційних заходів. Все це сприяє комплексному підходу при вивченні розділу "Педіатрія", допомагає студентам у практичній роботі. Зокрема, розглядаючи таке захворювання, як ангіна, студент повинен пригадати не тільки клінічні аспекти цього захворювання, методикку обстеження та особливості спостереження за хворою дитиною, а й знати правила видачі лікарняного листка в конкретній ситуації, а також проведення обов'язкових лабораторних обстежень після проведеного лікування.

Обов'язковим є призначення оздоровчих та реабілітаційних заходів, вміння виділити групу ризику, щодо виникнення ревматизму. Такий підхід до кожної хворої дитини, коли студент застосовує свої теоретичні знання з мікробіології та епідеміології, інфекційних захворювань, клінічної фармакології та інших розділів медицини, допомагає студентові у встановленні й обґрунтуванні діагнозу, призначенні діагностичних обстежень, дає можливість зробити висновки та узагальнення щодо наступних дій і спостережень стосовно цього пацієнта. Для проведення практичних, семінарських, підсумкових занять студенти використовують посібник "Клініка та синдромна терапія невідкладних станів у дітей", "Довідник із диспансеризації дітей". Проте цього

© О.Р. Ясній, В.В. Павліковська, Н.Є. Боцюк, Н.Б. Пінь, 2002

недостатньо для теоретичної підготовки студентів за дисципліною “Поліклінічна справа та сімейна медицина”. Гостро стоїть питання про створення відповідного підручника.

Використовується на кафедрі і така форма навчання, як “ділові ігри”, під час яких викладач пропонує студентам клінічну ситуацію, що часто зустрічається в практиці дільничного педіатра. Студенти розігрують “ролі” (дільничний лікар – хвора дитина, батьки). При цьому кожен з них складає свій план діагностичної та лікувальної тактики для цього хворого, підбираючи найбільш раціональний спосіб вирішення проблеми (виділення симптомів, синдромів, параклінічних проявів запропонованого захворювання, призначення оптимального комплексу обстеження та догляду за дитиною) [2]. Обов’язковим етапом підготовки студентів на кафедрі поліклінічної справи та сімейної медицини є робота з медичною документацією з метою формування вміння самостійного заповнення історії розвитку дитини, форм диспансерного спостереження та ін. Це дає можливість оцінити ступінь засвоєння навичок студента документувати та інтерпретувати клінічну інформацію.

Цікавим психолого-педагогічним підходом до підготовки сімейного лікаря є робота з малими групами (2-3 студенти), коли загальна проблема дискусії (алгоритм пошуку діагнозу) задається попередньо з метою самостійної підготовки кожного студента, а спосіб викладу поглядів кожного розподіляється індивідуально у вигляді прогнозування результатів лабораторно-інструментального обстеження оглянутої дитини. Кожній із груп пропонується розробити алгоритм пошуку діагнозу та записати найбільш вірогідні в тій чи іншій ситуації результати допоміжних методів обстеження на спеціальних бланках. Подальше співставлення реалій обстеження дитини із запропонованими студентами версіями проводиться у вигляді дискусії поміж групами, кожна з яких відстоює запропонований варіант. Така методика сприяє вдосконаленню клінічного мислення, закріпленню практичних навичок оформлення медичної документації, виводить підготовку студентів на більш високий творчий рівень, що доводить його придатність для професійної підготовки сімейного лікаря в сучасних умовах.

У своїй практичній роботі, а це проведення прийомів разом із дільничними педіатрами, обслуговування викликів, проведення патронажів, студенти зустрічаються з різними випадками, які потре-

бують моделювання клінічних ситуацій. Зокрема, часто примушує задуматися факт необгрунтованого перевантаження прийому вузьких спеціалістів, тоді як на прийомі у дільничного педіатра здебільшого невелика кількість пацієнтів (переважно діти, які проходять профілактичні огляди, а також діти – реконвалесценти після гострих респіраторних вірусних інфекцій, гострих пневмоній та дитячих інфекційних захворювань). Наприклад, до невропатолога часто звертаються пацієнти шкільного віку, у яких основною скаргою є головний біль. Часто такі діти направляються на консультацію до невропатолога без попереднього обстеження, спроби провести диференційну діагностику. Отож, така ситуація зумовлює необхідність вироблення лікарями та студентами певного алгоритму дій, що включає і детальний збір анамнезу, клінічне та параклінічне обстеження хворої дитини. В цій клінічній ситуації треба діяти таким чином: (що робити?) анамнез захворювання – коли і скільки часу хворіє, з чим пов’язане їх виникнення (чи були травми голови або з’явилися після інших перенесених захворювань), клінічне обстеження дитини: виключення ЛОР-патології (гаймориту, аденоїдиту, тонзиліту), виявлення клінічних ознак дефіцитних анемії, наявності хронічної соматичної патології у дітей (хронічного холецистохолангіту, хронічного гастродуоденіту, хронічного пієлонефриту та інші), вегето-судинних дистоній, особливо у дітей пубертатного періоду; (як виконувати це?) – аналіз отриманих результатів; (які наступні кроки?) загальний аналіз крові та сечі, аналіз калу на яйця глистів та цисти лямблій, УЗД органів черевної порожнини та нирок, вимірювання артеріального тиску, огляд очного дна, електроенцефалографія – оцінка отриманих результатів, встановлення діагнозу. Така тактика лікаря в цій ситуації, яка показує практичний досвід, дозволяє у більшості випадків обмежитися такими клінічними та параклінічними обстеженнями та виявити причину цього симптому. І лише незначна частина хворих дітей потребує консультації невропатолога та подальшого призначення спеціальних методів обстеження та лікування в спеціалізованих відділеннях.

Наведений приклад свідчить про зростання сучасних вимог до підготовки лікарів у медичних вузах. Це зумовлює певну специфіку викладання предмета, необхідність розширення обсягу вивчення дитячих хвороб, висвітлення в навчальних програмах основних проблем суміжних галузей медичної науки (офтальмології, ЛОР-патології,

клінічної фармакології, дитячої неврології) [3]. Це особливо актуально при підготовці сімейних лікарів, оскільки кожна третя людина – дитина, а тому відсоток пацієнтів-дітей у них прогнозується найвищий.

**Висновки.** Ефективність навчального процесу можлива лише при використанні різних форм на-

вчання зі студентами. Важливим є вміння викладачів створювати клінічні ситуації, надавати студентам самостійності у вирішенні алгоритму встановлення діагнозу та лікування. Для оптимізації роботи сімейного лікаря доцільно створити методичні розробки, в яких буде викладено алгоритм роботи з вказівкою на регламентуючі документи.

#### Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – №1. – С.6-12.

2. Шляхи активізації самостійної позааудиторної підготовки студентів на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб

/О.Є.Федорців, О.М.Шульгай, С.О.Никитюк, А.О.Луцук // Медична освіта. – 2000. – №4. – С.24-28.

3. Про актуальність та специфіку викладання дитячих хвороб у медичному вузі // І.С.Сміян, В.В. Стеценко, Л.А. Волянська, С.С. Левенець, Л.І. Алексєєнко // Медична освіта. – 2001. – №3. – С.17-20.

УДК 615:378.147

## МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ

Р.Б. Косуба, І.І. Заморський, А.Є. Петрюк, Н.Д. Філіпець, І.Г. Кишкан  
*Буковинська державна медична академія*

## METHODICAL APPROACHES TO TEACHING PHARMACOLOGY FOR THE FOREIGN STUDENTS

R.B. Kosuba, I.I. Zamorsky, A.Ye. Petryuk, N.D. Philipets', I.H. Kyshkan  
*Bucovynian State Medical Academy*

Висвітлено методичні підходи викладання фармакології іноземним студентам у Буковинській державній медичній академії.

Methodical approaches to teaching pharmacology for the foreign students in Bucovynian State Medical Academy are shown.

**Вступ.** Фармакологія – одна із фундаментальних та професійно орієнтованих дисциплін медичної науки. Вивчення предмета базується на обізнаності студентів у фізіології, біофізиці, біохімії, розумінні патофізіологічних процесів, а також основ практичної медицини. В свою чергу, без знань фармакокінетики та фармакодинаміки ліків неможливе опанування клінічних дисциплін, подальша лікувально-профілактична робота лікаря будь-якої спеціальності. Суттєвою мотивацією вивчення фармакології є розуміння студентами ролі лікарських препаратів у величезному арсеналі сучасних методів діагностики та лікування в різних галузях медицини.

**Основна частина.** Викладання на кафедрі фармакології Буковинської державної медичної академії проводиться за Програмою з фармакології для студентів медичних ВНЗів [1], якою передбачено засвоєння основ лікарської рецептури, загальної та спеціальної фармакології, переліку обов'язкових препаратів. Складність і особливість викладання фармакології іноземним студентам зумовлена різним (нерідко низьким) рівнем їх загальноосвітньої підготовки, базових знань з фундаментальних медико-біологічних дисциплін, недостатнім знанням мови, якою ведеться викладання.

Методичний підхід до проведення практичних занять у студентів-іноземців має певні особливості.

Насамперед це стосується розділу з лікарської рецептури, що вивчає правила виписування і способи призначення лікарських засобів. Студент повинен знати види та порівняльні особливості сучасних лікарських форм, практичне значення вибору їх шляхів введення в організм. Враховуючи існуючі відмінності виписування рецептів у різних країнах світу, контрольні завдання з рецептури включають переважно офіційні лікарські форми (таблетки, драже, ін'єкції тощо), які виписують скороченим способом, у меншій мірі приділяється увага виписуванню екстемпоральних лікарських форм.

Навчання на кафедрі фармакології поєднує процеси накопичення теоретичних знань і вміння їх реалізувати на практиці [2]. Вирішення на практичних заняттях ситуаційних задач різної складності з фармакодинаміки, фармакотерапії, вибору лікарського засобу, його раціонального шляху введення при невідкладних станах допомагає студентам застосовувати набуті знання у конкретній ситуації, бути готовими до майбутньої практичної діяльності.

Значна увага приділяється питанням фармакогенетики, хронофармакології, механізм дії ліків, показанням та протипоказанням до їх застосування. Розроблено тестові завдання для ліцензійного іспиту "Крок-1". Методичні матеріали для навчання та контролю знань цієї категорії студентів відрізняються більшою чіткістю, лаконічністю, конкретністю.

При читанні лекцій та проведенні практичних занять більш широко висвітлюються ті групи лікарських препаратів, які частіше використовуються для

лікування хвороб, особливо поширених у країнах Південно-Східної Азії та Близького Сходу, звідки, власне, основний контингент іноземних студентів.

При розгляді окремих тем з фармакології широко використовуються наочні матеріали у вигляді лікарських препаратів в оригінальній упаковці, анотацій до них. До послуг студентів музей лікарських препаратів кафедри, тематично оформлені аудиторії, багатий табличний фонд, що полегшує засвоєння необхідного програмного матеріалу. В більшій мірі звертаємо увагу на ідентифікаційну роботу зі студентами, проводимо тематичні конкурси на знання передбачених програмою лікарських препаратів різних фармацевтичних фірм.

Зважаючи, що викладання цієї категорії студентів ведеться російською мовою, іноземні студенти достатньо забезпечені російськомовними підручниками, посібниками тощо. Однак базовий підручник з фармакології за ред. Д.А. Харкевича [3] є дещо громіздким, окремі розділи особливо складні для опанування, тому кафедра готує свої методичні посібники, вказівки, тексти лекцій [4, 5], рекомендує більш доступний підручник з фармакології за ред. І.С. Чекмана [6]. Особливою популярністю користується довідник “Фармакологія в схемах и таблицах” за ред. С.М. Дроговоз [7]. Студенти охоче забезпечують себе навчально-методичними матеріалами і довідниками.

Читати лекції для цієї категорії студентів складніше, хоча б тому, що нерідко доводиться зупинитися на поясненні загальновідомих для нас термінів

і понять. Краще, якщо матеріал лекції подається стисло, супроводжується демонстрацією лікарських препаратів в оригінальній упаковці, слайдами, таблицями, графіками, схемами, які студенти охоче сприймають. До читання лекцій та проведення практичних занять залучаємо найбільш досвідчених викладачів кафедри.

При викладанні дисципліни належна увага надається питанням етики. Зважаючи на те, що іноземні студенти навчаються далеко від рідної домівки, вони тепло сприймають чуйне ставлення до них викладачів. Люблять, коли їм більше пояснюють, приділяють увагу, прагнуть до індивідуальної роботи з ними. Оскільки у деяких країнах іноземним студентам в майбутньому необхідно буде підтвердити свої знання з медицини, більшість з них проявляють сумлінне ставлення до вивчення фармакології.

Особливостям методичних підходів до роботи з іноземними студентами приділяється увага при проходженні викладачами курсів підвищення кваліфікації, а також на планових нарадах завідувачів кафедр фармакології медичних ВНЗів України, які проводяться на опорній кафедрі фармакології з курсом клінічної фармакології у Національному медичному університеті під керівництвом член-кор. НАН і АМН України проф. І.С. Чекмана.

**Висновок.** Для кращого виживання знань та раціонального застосування їх на практиці кафедра фармакології при роботі з іноземними студентами вишукує методи оптимізації викладання предмета.

#### Література

1. Програма з фармакології для студентів медичних і стоматологічних факультетів медичних вузів III–IV рівнів акредитації. – Київ: МОЗ України, 1997. – 51 с.
2. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять у медичних вузах: Методичний посібник. – К., 2001. – 70 с.
3. Харкевич Д.А. Фармакологія: Учебник. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2001. – 664 с.
4. Косуца Р.Б., Кучер В.И, Методические указания к

практическим занятиям по фармакологии и медицинской рецептуре. –Черновцы, 1997. – 72 с.

5. Иванов Ю.И. Избранные лекции по фармакологии: В 4-х частях.– Черновцы, 1997.

6. Чекман И.С. Фармакология с общей рецептурой: Учебник для иностранных студентов. – К.: Рада, 1999. – 452 с.

7. Дроговоз С.М. Фармакология в схемах и таблицах: Справочник. – Харьков, 2000. – 120 с.

УДК 54: 378. 147: 378. 661 – 057. 87- 056.4

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРАХ ХІМІЧНОГО ПРОФІЛЮ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

О.Б. Роман, М.О. Авраменко, Д.І. Дочинець  
*Запорізький державний медичний університет*

## THE PECULIARITIES OF TRAINING OF FOREIGN STUDENTS AT THE CHAIRS OF CHEMICAL SCIENCES IN HIGHER SCHOOL

O.B. Roman, M.O. Avramenko, D.I. Dochynets  
*Zaporizhzhian State Medical University*

Проведення демонстраційних дослідів допомагає краще засвоїти та скоріше оволодіти навчальним матеріалом з хімії, удосконалити навички з проведення лабораторних дослідів, потрібних при навчанні у вищому навчальному закладі.

Demonstration of chemical experiments contributes to the better learning and faster acquirement of knowledge in chemistry, to the improvement of skills in carrying out the laboratory experiments, necessary for the training in Higher School.

**Вступ.** На початковому етапі навчання іноземних студентів при опануванні ними певних предметів, зокрема хімії, в період введення постає проблема недостатнього знання ними мови. Проблема ускладнюється ще й тим, що вступна частина предмета насичена загальними поняттями, які характеризують дану галузь природознавства, переважає абстракція у викладанні наукових проблем [1].

**Основна частина.** Хімія – наука про перетворення речовин – наука експериментальна. Винятково важливе значення у викладанні мають хімічні досліді, які дають можливість для спостереження та наочного сприйняття і речовини (об'єкт вивчення), і хімічних реакцій (перетворення). Коли мова предмета тільки вводиться і спеціальна термінологія не опанована, дуже важко пояснити основні прийоми роботи, назви посуду та лабораторного обладнання, а також правила поведінки і техніки безпеки в хімічній лабораторії. Враховуючи специфіку навчання, дуже складно контролювати в цей період дії студентів, тому перевага надається демонстраційним методам.

Пізнавальний ефект демонстрації дослідів залежить від майстерності виконання дослідів, врахування умов, сприятливих для спостереження та від безпосереднього зв'язку демонстрації з навчальним матеріалом. На сьогодні усі методики виконання дослідів, викладені в багатьох практи-

кумах і посібниках, зорієнтовані на вітчизняного студента і не адаптовані для іноземців. У навчальній літературі менше уваги надається оптимізації спостережень студентами того, що показує викладач. Тому на відміну від індивідуального виконання лабораторних робіт, демонстраційний дослід повинен проводитись не в пробірках, а в хімічних стаканах, колбах і з такими кількостями (об'ємами) речовин, щоб студенти могли ясно сприймати демонструючи речовини і їх перетворювання (зміна кольору, утворення осаду, виділення газу тощо). При цьому викладач проговорює всі свої дії, хімічні засоби, назву посуду, коментує досліді, які відбуваються, що сприяє активному вивченню мови предмета [2].

Найважливішою вимогою до будь-якого хімічного дослідів є його повна безпека для студентів [3]. Демонстрація забезпечує ці вимоги і відповідальність викладача за безпеку експерименту, не перешкоджає застосуванню хімічного демонстраційного дослідів у викладанні. Тематично підібрана і в гарному стилі виконана демонстрація стимулює, активізує пізнавальну діяльність студентів та розвиває їх фонетичні навички з мови предмета. За допомогою слова викладач керує спостереженнями студентів, які отримують знання з безпосередньо досліджуваних речовин і явищ експерименту.

**Висновки.** Демонстраційні досліді полегшують сприйняття, засвоєння, розуміння навчального матеріалу, викладання предмета:

- підвищують інтерес до хімії як експериментальної науки;
- закріплюють та поглиблюють знання студентів на початковому етапі навчання;

- формують, удосконалюють потрібні навички у ставленні лабораторних дослідів, необхідних в подальшому навчанні у вищому навчальному закладі.

Література

1. Минерва Лескано, Роман А.Б. IV Конференция по естественным наукам Республики Куба. – Гавана, 1985. – С. 193.

2. Программа по химии для подготовительных факультетов. – 1988.

3. Д.М. Кирюшкин, В.С. Полосин. Методика обучения химии. – М.: Просвещение, 1970. – С. 93-94.

УДК 808.2:378.147:378.661-057.875-054.6

## ДО ПИТАННЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ТА ПЛАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПІДГОТОВЧИХ ФАКУЛЬТЕТАХ ДЛЯ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН У СУЧАСНИХ УМОВАХ

К.І. Гейченко, Л.В. Хіль, Л.П. Гайдук, Г.С. Манаєва, Н.Я. Куйда  
*Запорізький державний медичний університет*

## TO THE QUESTION OF ORGANIZATION AND PLANNING OF TRAINING AT THE PREPARATORY FACULTIES FOR FOREIGN CITIZENS IN PRESENT-DAY CONDITIONS

K.I. Heychenko, L.V. Khil, L.P. Hayduk, G.S. Manayeva, N.Ya. Kuyda  
*Zaporozhzhian State Medical University*

Стаття порушує проблеми організації та планування навчального процесу на підготовчому факультеті для іноземних громадян, які виникають у зв'язку з нерівномірним заїздом студентів на навчання у медичні ВНЗ України. Автори підкреслюють зниження авторитету вищої освіти в нашій країні, ставлять питання про створення універсального базового навчального комплексу для підготовчих факультетів України і вважають, що вирішення цих проблем повинно мати централізований характер. Це допоможе вирішити проблеми навчання іноземних учнів і підняти рівень престижу навчання у ВНЗах України.

The article concerns the problems of organization and planning of training at the preparatory faculties for foreign citizens, which are arisen in the connection with the irregular arrival of students for training to the Medical Higher Schools of Ukraine. The authors inform about the lowering of prestige of higher education in this country. They put up a question of foundation of universal basic training complex at preparatory faculties of Ukraine. The authors consider that a solution of these problems must have a centralized character. It will give an opportunity to solve the problems of training of foreign students and to raise the level of prestige of training at higher schools of Ukraine.

**Вступ.** За останні роки навчання іноземних громадян на підготовчих факультетах ВНЗів України значно ускладнилось, і перед колективами мовних кафедр постало багато нових проблем. Досвід 30-річної роботи підготовчого факультету Запорізького державного медичного університету підтверджує, що проблеми, які об'єктивно виникли, необхідно вирішувати в масштабах не тільки одного ВНЗу, але й усієї нашої країни.

**Основна частина.** Основні проблеми, зумовлені цілим рядом причин, виникли з питань організації і планування навчального процесу, визначення змісту навчання іноземних студентів [1, 2].

Причини ці такі. По-перше, організаційні: зміна статусу ВНЗів України зумовила підвищення вимог до якості процесу навчання; відсутність на даний час державного регулювання набору на навчання іноземців і базових документів з організації їх навчання у профільних ВНЗах, а також регламентуючої взаємодії різних органів країни, відповідальних

за перебування іноземних громадян в Україні. Певні труднощі зумовив і факт навчання іноземних студентів на комерційній основі. При цьому кожний ВНЗ питаннями набору змушений займатися самостійно. По-друге, причини, що стосуються перегляду й істотного коректування всього навчального процесу на підготовчому факультеті. У зв'язку із введенням у навчання комп'ютеризації змінюється методика навчання з усіх дисциплін. За останні 10 років навчальний процес ускладнюється нерівномірним заїздом студентів. Терміни заїздів дуже розтягнуті. У зв'язку з цим ускладнюється процес формування навчальних груп, тому викладачі змушені працювати з неуккомплектованими групами. Дана ситуація потребує від кафедр введення гнучких моделей навчання, які враховували б терміни заїзду, рівень базової та мовної підготовки іноземних учнів. Розроблений методичною радою Міністерства типовий навчальний план для підготовчих факультетів медико-біологічного профілю на сьогодні при нерівномірному заїзді студентів у повному обсязі виконати нереально. Нами були створені варіанти на-



вчальних програм, які реалізуються у міру заїзду студентів. Таких програм у нас 6. Метою всіх цих програм є комплексне інтенсивне навчання студентів усіх видів мовної діяльності: аудіювання, говоріння, читання та письма. Кожна програма передбачає перероблений варіант подачі як базового навчального мовного матеріалу, так і матеріалу з мови спеціальності.

У ситуації, яка склалася, колективу кафедри постійно доводиться переглядати і коректувати навчальні плани, поточні та підсумкові контролю, в тому числі й тестові, екзаменаційні матеріали, укладати методичні посібники, розробки та тестові завдання. На кафедрі створена наскрізна програма навчання: підготовчий факультет – основні факультети. Сполучною ланкою є “Корегувальний курс”, що включає теми підготовчого факультету із загальнолітературної мови та мови спеціальності. Той мовний матеріал, який був недостатньо вивчений на підготовчому факультеті, продовжує вивчатися студентами на I курсі.

Сьогодні актуальною є проблема створення сучасного навчального комплексу, що включає в себе базовий підручник із загальнолітературної мови та мови спеціальності, мовний збірник вправ для самостійної роботи, навчальні словники, граматичні матеріали та уніфіковані матеріали контролю. Кожний медичний ВНЗ створює різноманітні навчальні посібники із загальнолітературної мови та мови спеціальності, але, на жаль, рівень цих посібників різний. Повинен бути базовий універсальний підручник для підготовчих факультетів України, основне призначення якого – підготовка учнів до спілкуван-

ня в усній та писемній формі в навчально-професійній та побутовій сферах [3, 4].

У нових підручниках обов'язково повинна бути лінгвокраїнознавча та національно-культурна інформація, що орієнтує на історію, звичаї та культуру народу, мова якого вивчається. Бажано, щоб підручники були достатньо ілюстрованими. Ми повинні знайомити іноземних учнів з історією України, традиціями та реаліями сьогодення.

Поява нового навчального комплексу дозволить інтенсифікувати процес формування та розвитку мовних навичок та вмінь і по-новому структурувати навчальний матеріал і способи його подачі, адже відомо, що створити гарний підручник – це значною мірою вирішити проблему навчання.

Зниження рівня освіти відбувається також через велику кількість підготовчих факультетів, що не мають державної ліцензії, та їх низького рівня у підготовці іноземних громадян.

Останнім часом до нас майже зовсім не приїжджають студенти з високим рівнем базових знань. Вони їдуть на навчання в інші країни, віддаючи перевагу вищій освіті в Англії, Франції, Німеччині, Іспанії та Канаді, де система освіти більш стабільна.

**Висновки.** Ми вважаємо, що розв'язання викладених вище проблем повинно носити централізований характер. Це допоможе більш ефективно проводити навчальний процес, урізноманітнити форми і методи викладання мови та загальнотеоретичних дисциплін іноземним громадянам підготовчих факультетів та підвищити рівень престижності навчання у ВНЗах України.

#### Література

1. Т.А. Зинченко Единство содержательного и процессуального аспектов обучения иностранных граждан на подготовительных факультетах / Проблемы обучения иностранных студентов: поиски, находки, перспективы. – Одесса, 2000. – С. 11-12.

2. Г.И. Макарова Лингводидактические проблемы обучения русскому и украинскому языкам как иностранным. Первая международная конференция «Язык и культура». – Киев, 1992. – С.176.

3. К.І. Гейченко, Л.В. Хіль До питання про укладання самовчителя і словників, адресованих вузьким спеціалістам / Нагальні проблеми вивчення авіаційної термінології. – Київ, 1999. – С.34-35.

4. К.І. Гейченко, Л.В. Хіль. Специфіка методичних матеріалів до самостійної роботи для студентів - нефілологів. Викладання мов у вузі на сучасному етапі. Міжпредметні зв'язки. Наукові дослідження, досвід, пошуки: Зб. наукових праць. – Харків, 2000. – Випуск 4. – С.87-88

УДК 808.2:378.147:378.661-057.875-054.6

## ТВОРЧИЙ ХАРАКТЕР КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ТА НАВИЧОК ІНОЗЕМНИХ УЧНІВ ПОЧАТКОВОГО ЕТАПУ НАВЧАННЯ

М.І. Гнатов, К.І. Гейченко, Л.В. Хіль

*Запорізький державний медичний університет*

## THE CREATIVE CHARACTER OF TESTING KNOWLEDGE AND SKILLS OF FOREIGN STUDENTS AT THE INITIAL STAGE OF TRAINING

M.I. Gnatov, K.I. Heychenko, L.V. Khil

*Zaporizhzhian State Medical University*

Автори пропонують систему тестового контролю як форму творчої роботи студентів. Дана система є і навчальною, і контролюючою та допомагає викладачам і іноземним студентам визначити рівень засвоєння матеріалу, який вивчається на певних етапах навчання.

The authors suggest the system of testing control as a form of the students' creative work. The present system is both teaching and controlling and helps teachers and foreign students to determine a level of acquiring the learning material on certain stages of training.

**Вступ.** Популярність тестування, яка постійно зростає, пов'язана з тим, що висування нових, суто практичних цілей навчання іноземним мовам потребує перегляду практики викладання, вибору традиційних і розробки нових прийомів з елементами практичного підходу до вивчення учнями іноземних мов.

**Основна частина.** У зв'язку з тим, що останнім часом на сучасному етапі перевага надається формам тестового навчання і контролю, на підготовчому факультеті для іноземних громадян Запорізького державного медичного університету запропонована й апробується комплексна система у використанні тестів як поурочних, так і тестів точного і підсумкового контролю.

Запропонована форма роботи базується не тільки на активації знань студентів, але й на їх творчих здібностях, оскільки пропонує учням здійснювати пошук, що робить процес навчання більш цікавим і творчим.

Змістом поурочного тестового контролю є не тільки граматичний матеріал (на морфемному рівні, на рівні слів, словосполучень та речень), але й окремі навички з видів мовної діяльності. Особлива увага на підготовчому факультеті надається навчанню засвоєння і розуміння звукового тексту, наприклад, фрагмента навчальної лекції з мови спеціальності, що відповідає цільовій установці програми даного етапу навчання.

Для того, щоб допомогти іноземним учням подолати різного роду труднощі аудіювання, на кожному уроці передбачається знайомство студентів з опорами й орієнтирами сприйняття за трьома напрямками розгорнення тексту: тематичним, логічним і композиційним.

Контроль свідомого сприйняття лекції здійснюється за допомогою тренувальних тестів трьох рівнів. Тести характеризуються простотою процедури виконання, стандартністю структури та невеликим дозуванням навчального матеріалу. Наприклад: 1) дайте відповідь "так" чи "ні"; 2) виберіть правильний варіант відповіді. Завдання другого рівня: виберіть один більш точний варіант із запропонованих відповідей чи планів тощо. Завдання третього рівня: виберіть усі можливі правильні варіанти із запропонованих. Все це дозволяє студентам швидко здійснити самоконтроль за допомогою ключа, а запропоновані для вибору фрагменти виконують роль орієнтирів.

**Висновки.** Запропонована нами система тестового контролю допомагає викладачам та іноземним студентам визначити ступінь засвоєння кожної теми, що дозволяє при необхідності терміново спроектувати навчальний процес. Завдання-тести дають також можливість студентам цілеспрямовано аналізувати мовні явища, які вивчаються, розвиваючи мовну здогадку, що сприяє формуванню лінгвістичної компетенції учнів початкового етапу навчання.

УДК 800.866:61:800.61:378.147

## МОВА ВИКЛАДАЧІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ФАХОВИХ ДИСЦИПЛІН

В.І. Лисенко

*Запорізький державний медичний університет*

## LANGUAGE OF HIGHER MEDICAL SCHOOL TEACHERS AND ITS INFLUENCE ON STUDENTS IN THE PROCESS OF LEARNING THE SPECIAL SUBJECTS

V. I. Lysenko

*Zaporizhzhian State Medical University*

В умовах національного відродження українська мова набула особливої ваги у вищих навчальних закладах Міністерства охорони здоров'я України. Мова викладача повинна бути еталоном для студентів, впливати на їхні почуття, спонукати до успішного оволодіння загальнонавчальною та спеціальною термінологією з фахових медичних дисциплін, сприяти засвоєнню тієї суми знань, яка необхідна практикуючому лікарю. Під впливом мови викладача студенти набувають знань, життєвого досвіду, вмінь, навичок, майстерності, професіоналізму в оволодінні обраною ними спеціальністю.

Provided national revival Ukrainian language becomes of special importance in Institutions of Higher education of Ukraine. Teacher's language must be a standard for students. It must influence their feelings, stimulate their wish for successful mastering generally accepted and special terminology in medical disciplines, help the students to assimilate knowledge, needed for a practical doctor in his future work. Under the influence of teacher's language the students get knowledge and skills in mastering the speciality they have chosen.

**Вступ.** Сучасне суспільство не може обійтися без мови — найважливішого засобу спілкування, засобу вираження думок та передачі досвіду сучасникам і нащадкам. Мова — наше національне багатство, тому на перший план виходять питання культури мови. Серед них головним є питання оволодіння правилами граматики, правопису, вимови й наголошення слів-термінів студентами вищого медичного закладу [1, 2, 3].

Важливим завданням сьогодення є розширення сфери функціонування української літературної мови. Адже це неоціненний національний скарб. З мовою треба поводитись дуже обережно й дбайливо. І це не лише примха викладача-філолога, а нагальна потреба часу. Сьогодні по-іншому розглядається питання функціонування мови. Величезне значення має також вивчення й правильне використання мовних засобів вираження думки залежно від мети й змісту висловлювання.

**Основна частина.** Якою ж має бути мова викладача ВНЗ МОЗ України? Основним критерієм

мови викладача є, звичайно, високий рівень знання свого фаху, володіння термінологією. Базовою медичною термінологією повинен володіти лікар будь-якого фаху. Наприклад: мастит, проктит, диспепсія, тиреоїдит, пневмонія, риніт, гепатит, глосит, туберкульоз, саркома, дизурія, некроз, аускультация тощо. Ця фахова лексика добре znana спеціалістами будь-якої галузі медицини [4, 5].

Ті перебудови, які відбуваються в суспільному житті нашої держави, стосуються також і мови. Вони насичують нашу мову новими поняттями, термінами. З піднесенням рівня фахових знань викладача клінічних та неклінічних дисциплін підвищуються і вимоги до мови. За останні роки помітно збагатився словник професійної медичної термінології з різних галузей медицини. Отже, важливим чинником засвоєння медичної термінології є науковість мови викладача. Що означає бути професіоналом-фахівцем? Це — вільно володіти загальнонавчальною та спеціальною лексикою безпосередньо свого фаху, нею послуговуватися в своїй практичній роботі та в науковій діяльності. Так, у мові гістологів, ембріологів, топографоанатомів

використовуються слова: артерія, вена, м'яз, зв'язка, нерви, грудна клітка, верхня кінцівка, пахва, кисть, передпліччя, стовбур, п'ясток тощо. Складовим компонентом мови викладача є бездоганне знання рідної мови, володіння нею. Мова людини виражає її думку, є засобом пізнання та діяльності, а тому викладач постійно вдосконалює свою мову, своє професійне спілкування зі студентською молоддю. Глибоке знання викладачем фахової термінології та лексики підвищує ефективність його викладацької майстерності, а також впливу на студентів. Це знання допомагає йому краще орієнтуватися в ситуаціях у складний відповідальний період, у безпосередніх ділових контактах із студентами та колегами. А у фахівців з акушерства та гінекології основу професійної мови становлять слова: зародок, матка, вагінізм, піхва, асцит, асфіксія, стінка, навколоплодові води та ін.

Мова фахівця має бути правильною. А правильність — це насамперед дотримання тих літературних норм, які є усталеним зразком, еталоном для носіїв цієї мови. Культура мови викладача якнайщільніше пов'язана з дотриманням літературних норм слововживання — із семантично точним і стилістично доречним вибором слова, з граматично й стилістично правильною сполучуваністю слів. Наприклад: настоянка валеріани, головний біль, беручи до уваги, повинен бути направлений, навчання фахової мови, операційне поле оброблене, рану зашито, катетер фіксовано, накладена пов'язка, для знеболювання в післяопераційний період, супровідні відчуття, своєчасно виявлена хвороба, напади болю, протягом доби тощо. Кожен викладач вищого навчального закладу повинен дотримуватися культури своєї мови, адже його слухають студенти. А майбутні медики добре знають, що слово стало самостійним засобом профілактики та лікування хворого. Наприклад: Ви вже краще виглядаєте, я Вами задоволений, мені подобається Ваш настрій, я прийняв заходи, подивимось як Ваші справи тощо. Мова викладача повинна бути емоційно забарвленою (образною), бо думка, загострена почуттям, сильніше переконує. Велике значення надається при цьому і тембру, силі голосу, інтонації, міміці та жестах, які використовує лектор на лекції перед студентами. Якщо викладач на лекції використовує книжні слова, граматичні звороти, маловідому термінологію (без пояснення), то така мова погано сприймається слухачами, стомлює їх, створює дискомфорт. У студентів зникає інтерес до такої лекції. Це свідчить про низький рівень знань викладача. Мова виступу

викладача має бути еталоном для студентів. Вона повинна бути бездоганною, доступною, зрозумілою для слухачів. Треба пояснити слова-терміни, які є в лекції, доповіді, виступі. Не варто використовувати запозичені слова, якщо є українські відповідники. Сполучники типу: проте; зважаючи на те, що; у зв'язку з тим, що; враховуючи те, що та подібні не прикрашають мову лектора, як і слова, які слід розрізняти. Коли доповідач часто звертається до студентів зі словами: «Вам це зрозуміло?», то це свідчить про те, що викладач недооцінює своїх студентів-слухачів. Це їх, звичайно, ображає. Важливим є також дотримання логічних наголосів у своїй мові, дотримання естетичності мови. Наша мова багата синонімами, крилатими словами, але треба правильно ними послуговуватися. Враховуючи те, що слова студентами переймаються, в тому числі й манери поведінки, то слід виробити свою манеру спілкування. Треба триматися впевнено, рівно, спокійно, зважено і розсудливо. Атмосфера повинна бути товариською, приязною, дуже добре, коли викладач обмінюється думками вільно й демократично [6, 7].

Викладач повинен уміти зацікавити студентів своїм предметом, дати поштовх для пошуку істини, дослідження, висновків, передбачень, доказів. Це співробітництво, а не примусовість. Мова повинна бути чіткою, переконливою, повільною (щоб студент встигав складати конспект). Культура мови та мовлення медичних працівників безпосередньо відображає морально-етичні категорії суспільного життя, любов до рідної мови, національну самовідданість, інтернаціоналізм. Саме медики, працюючи з людьми і для людей, реально виявляють активне ставлення до мови і до слова. Викладач шліфує свою мову, вчиться слухати й сприймати слово. Цьому навчає і студентів — майбутніх медиків. Володіти словом — означає відчувати міру, його красу, влучність, доречність. Слово, вимовлене вчасно і з добрими намірами, лікує [8, 9].

**Висновок.** Треба врахувати все вищесказане і використовувати в своїй роботі. Зважаючи на те, що у медичних ВНЗ України викладання предметів рекомендовано проводити державною українською мовою, а підручників і посібників українською мовою обмаль, викладачеві треба активно співпрацювати зі студентами, стежити за кожним вимовленим словом, відточувати по-мистецьки кожну фразу, вводячи поступово в мову свого фаху спеціальну та загальнонавчальну фахову термінологію, закріплюючи ті знання повсякденним тренуванням.

Література

1. Бабич Н. Д. Основи культури мовлення. – Львів: Світ, – 1990. – 230с.
2. Культура української мови. Довідник. / За редакцією В. М. Русанівського. – К.: Либідь, 1990. – 301с.
3. Російсько-українсько-латинський словник з акушерства і гінекології / За редакцією проф. К.В. Вороніна і доц. О.М. Правосудовича. – Дніпропетровськ, 1993. – 154 с.
4. Русско-украинско-латинский словарь медицинских терминов / Под ред. проф. В.Г. Коляденко, проф. Ю.В. Шанина. – К.: Здоровье, 1993. – 112 с.
5. Олійник О. Словник ділової люддини. – К.: Слов'янський клуб, 1996. – 447 с.
6. Коваль А.П. Культура ділового мовлення. – К.: Вища школа, 1997. – 294с.
7. Сучасна українська мова / За ред. О.Д. Пономарева. – К.: Либідь, 1997. – 399 с.
8. Золотухін Г.О., Литвиненко Н.П., Місник Н.В. Фахова мова медика: ділова українська мова для студентів-медиків. – К.: Здоров'я, 2001. – 390 с.
9. Литвиненко Н.П., Місник Н.В. Українська медична термінологія у фаховій мові лікаря. – К.: Книга Плюс, 2001. – 174 с.

УДК 378.147.096:616.9–053.2]–054.6

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

В.І. Грищенко, О.В. Усачова

*Запорізький державний медичний університет*

## PECULIARITIES OF TEACHING CHILDREN INFECTIOUS DISEASES TO FOREIGN STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

V.I.Gryshchenko, O.V.Usachova

*Zaporizhzhian State Medical University*

При викладанні дитячих інфекцій для іноземних студентів найбільше значення має індивідуальний підхід. З цією метою розроблено і впроваджено в навчальну роботу тестовий контроль початкового рівня знань студентів із тропічних інфекцій. Це дає змогу оцінити, як студент засвоїв суміжні дисципліни (педіатрію, внутрішні хвороби та інші).

Individual approach to foreign students is of grate importance while teaching them children infectious diseases. With this purpose the testing control of initial level of students' knowledge in tropical infections is worked out and applied into the training process. It gives an opportunity to estimate mastering of adjoining subjects (pediatrics, internal diseases etc.)

**Вступ.** Поглиблене вивчення дитячих інфекційних захворювань іноземними студентами медичного факультету є нагальною необхідністю. Більшість із іноземних студентів приїздять на навчання в медичні ВНЗи України з країн, які мають жаркі кліматичні умови. Саме в таких країнах розповсюдженість інфекційних захворювань залишається стабільно високою і найсуттєвішу частку пацієнтів складають інфекційні хворі [1, 2].

Крім того, особливості кліматичних умов впливають як на функціональний стан організму людини, так і на особливості структури інфекційної та неінфекційної захворюваності. В спекотному кліматі досить розповсюдженою патологією дитячого віку є аліментарна анемія та патологія обміну речовин. Ці стани зумовлені, по-перше, особливостями харчування населення, в раціоні якого домінує одноманітна рослинна їжа, а, по-друге, високою народжуваністю, коли жінка народжує дитину кожні 10-12 місяців, не встигаючи повноцінно виготовити малюків, та й сама “відновитися після попередньої вагітності”.

Щодо структури інфекційної захворюваності, то в країнах із жарким кліматом перше місце стабільно займають гострі кишкові інфекції бактері-

ального походження та пов'язані з ураженням кишкового тракту найпростішими. Неабияке місце займають гельмінтози. Крім того, звертає на себе увагу група так званих “тропічних інфекцій”, які майже не зустрічаються в Україні.

**Основна частина.** Для того, щоб урахувати всі наведені особливості структури та перебігу інфекційних захворювань у дітей країн з жарким кліматом, співробітниками кафедри дитячих інфекцій разом з іншими кафедрами педіатричного профілю створені методично-навчальні матеріали для іноземних студентів. У такі методичні розробки увійшла інформація щодо захворювань, розповсюджених у цих країнах. Навчальна література містить у собі ситуаційні задачі, контрольні запитання, перелік літературних джерел, які студент повинен опрацювати самостійно під час підготовки до занять.

На нашу думку, важливе значення в інтенсифікації викладання дитячих інфекцій іноземним студентам має індивідуальний підхід. З цієї метою розроблено і впроваджено в повсякденну роботу тестовий контроль початкового рівню студентів щодо знань тропічних інфекцій. Це дає змогу оцінити базовий рівень знань кожного студента, як він засвоїв суміжні дисципліни (педіатрію, інфекційні, внутрішні хвороби та інші). На підставі отриманих

результатів викладач має змогу виробити підхід до процесу навчання кожного студента.

На VI курсі читається оглядова лекція, темою якої є особливості перебігу, діагностики та лікування інфекційних захворювань у дітей в умовах тропічного клімату. Коло питань, що висвітлюються на лекції, дозволяє іноземним студентам більш глибоко зрозуміти патогенетичне та етіологічне походження особливостей перебігу інфекцій у країнах тропічної зони, що є необхідним для їх подальшої успішної роботи. Отримані на лекції знання закріплюються на практичних заняттях.

Додаткову інформацію про інфекційні захворювання у дітей іноземні студенти можуть отримати під час засідань кафедрального студентського наукового гуртка, до роботи в якому вони активно залучаються. План роботи гуртка складається з урахуванням побажань студентів. До плану внесено і проблеми дитячої інфекційної захворюваності тропічних країн.

Досвід роботи кафедри свідчить, що така система викладання не лише стимулює постійний інтерес до дитячих інфекцій та активність іноземних студентів, а й надає можливості здобути і закріпити знання, необхідні для практичної роботи в тропічних країнах.

**Висновки.** 1. Для поглибленого вивчення іноземними студентами дитячих інфекцій необхідно створювати для них навчальні матеріали з урахуванням особливостей захворюваності дітей і перебігу дитячих інфекційних хвороб у країнах проживання цих студентів. 2. Важливе значення в інтенсифікації викладання дитячих інфекцій іноземним студентам має індивідуальний підхід до кожного студента з обов'язковим володінням інформації про захворюваність дітей на інфекційні хвороби в країні, де постійно мешкає студент. 3. Роботу студентського наукового гуртка необхідно проводити з урахуванням побажань іноземних студентів, активно залучаючи їх до цієї роботи.

УДК 613.95 + 37-053.2/.5 + 371.32

## СЮЖЕТНО-РОЛЬОВА ГРА ЯК МЕТОД НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Р.В. Казакова, Н.О. Гевкалюк, М.А. Лучинський, М.Н. Воляк,  
Л.В. Годованець

*Івано-Франківська державна медична академія*

## SUBJECT AND ROLE GAME AS A METHOD OF EDUCATIONAL ACTIVITY

R.V.Kazakova, N.O.Gevkalyuk, M.A. Luchynsky, M.N.Volyak,  
L.V.Godovanets'

*Ivano-Frankivsk State Medical Academy*

Анкетування студентів та лікарів-інтернів показало, що 60 % опитаних вважають себе готовими для проведення санітарно-просвітницької роботи, однак більшість із них не мають уяви про критерії оцінки цієї роботи. Доведено, що одним із ефективних методів гігієнічного виховання є проведення "Уроку здоров'я" в школах та дошкільних закладах.

The data of questionnaires completed by both students and dentists-interns have shown that 60 per cent of them consider themselves ready for carrying on sanitary education, but most of them have no idea concerning the criteria of estimation of this activity. It has been proved that one of the effective methods of teaching hygiene is conducting "Lesson of Health" at schools and pre-school educational establishments.

**Вступ.** Здійснення дійової профілактики стоматологічних захворювань утруднює низький рівень добровільної участі населення в профілактичних заходах внаслідок вкрай недостатньої його інформованості про фактори ризику розвитку стоматологічної патології [1, 2, 3, 4, 5, 6]. А між тим, у первинній профілактиці стоматологічної захворюваності основним ланцюгом є гігієнічне виховання населення [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Особливо актуальним є гігієнічне виховання дошкільнят та школярів, головна роль в якому належить медичним працівникам.

На сучасному етапі особливого значення набуває виховання лікаря, що володіє методикою санітарної просвіти [3, 7, 10, 11, 12]. Але у процесі навчання мало уваги приділяється оволодінню навиками гігієнічного виховання населення. Однак відомо, що активна та пасивна санітарно-просвітницька робота, особливо серед дітей шкільного віку, є однією з умов підвищення ефективності стоматологічної допомоги. Особливо важливим є гігієнічне виховання дитячого населення в регіоні Прикарпаття, де спостерігається висока поширеність карієсу зубів (серед 12-річних дітей складає 94 % випадків).

**Основна частина.** Анкетуванням, проведеним нами серед дітей віком 7-15 років, виявлено низький інтегрований рівень гігієнічних навиків, який склав  $(0,27 \pm 0,03)$ , що підтвердилось і низьким індексом гігієни порожнини рота  $(3,9 \pm 1,3)$ . Вивчення рівня санітарної культури серед дитячого населення м.Івано-Франківська показало, що з необхідністю догляду за порожниною рота ознайомлені 88 % дітей. Таким чином, незадовільні знання, відсутність навиків по догляду за порожниною рота потребують впровадження санітарної культури не лише серед дітей, але й серед осіб, що беруть участь у їх вихованні.

Однак у даний час склалась незвичайна ситуація: в процесі навчання майбутні спеціалісти мало знайомляться з різноманітними формами гігієнічного виховання і практично не набувають навиків проведення санітарно-просвітницької роботи.

Враховуючи вищесказане, нами було проведено анкетування студентів та лікарів-інтернів для виявлення їх готовності до цієї роботи серед населення. Аналіз анкет показав, що 69 % опитаних вважають себе готовими до проведення санітарно-просвітницької роботи, однак більшість із них не мають уяви про критерії оцінки цієї роботи. Крім того, 15 % опитаних вважають санітарно-просвітницьку роботу безперспективною і не вбачають доцільності її проведення.



Тому з метою оволодіння практичними навиками гігієнічного виховання студенти старших курсів та лікарі-інтерни активно залучаються кафедрою до санітарно-просвітницької роботи серед дитячого населення міста. Враховуючи те, що результати санітарної просвіти проявляються через тривалий проміжок часу, ми впровадили поетапну оцінку її ефективності. На першому, підготовчому етапі, студенти IV курсу оцінюють стоматологічний статус дитини, гігієнічний індекс та рівень гігієнічних знань її. Проміжний контроль (другий етап) проводили через рік студенти-субординатори. Було відмічено підвищення рівня санітарних знань до 0,43 та зниження гігієнічного індексу до 2,1. Віддалені результати (третій етап) проводили лікарі-інтерни через 3 роки, відмічаючи поряд із покращенням якості догляду за порожниною рота та підвищенням санітарно-гігієнічних знань редукцію карієсу зубів (до 10,5 %).

Наочним прикладом використання у повному обсязі активних та пасивних форм санітарно-просвітницької роботи є урок здоров'я, який проводиться за попередньо складеним сценарієм. При підготовці до виступу проводиться кілька репетицій виступів лекторів, ведучих вікторини, екскурсів, учасників художньої самодіяльності. Одночасно кілька студентів-організаторів узгоджують із адміністрацією шкіл місце та час проведення уроку і готують запрошення.

При методичній допомозі співробітників кафедри студенти-субординатори проводять урок здоров'я, який складається з трьох етапів:

- 1) підготовка та проведення екскурсії в кімнату гігієни порожнини рота для дітей різного віку;
- 2) тематична художня частина;
- 3) заключна частина – вікторина.

У кімнатах гігієни, де оформлені стенди-вікторини, санбюлетні, пам'ятки по догляду за зубами, студенти-екскурсоводи проводять санітарно-просвітницьку роботу у формі бесіди з дітьми та наочно показують на фантомах основні правила чистки зубів. Для дошкільнят та дітей молодшого шкільного віку гігієнічні стенди оформлені у вигляді яскравих, захоплюючих малюнків, часто героїв казок та мультфільмів, із віршованими підписами, на яких зображено елементи чистки зубів; підкреслюється користь продуктів, що сприяють збереженню зубів здоровими, та шкода від надмірного вживання солодощів. У санітарних листках для середнього та старшого шкільного віку багато уваги приділяється організації правильного режиму праці та відпочинку,

раціонального харчування з обмеженням вуглеводів та обов'язковим вживанням овочів і фруктів. Демонструються також альбоми із зображеннями шкідливих звичок та їх наслідками і шляхами корекції цих порушень. Екскурсіводи зупиняються на значенні зубів для життєдіяльності організму людини, взаємозв'язку стоматологічних захворювань з патологією інших органів та систем; рекомендаціях стосовно заходів щодо збереження зубів здоровими та вибору засобів гігієни для профілактики стоматологічних захворювань.

По закінченні екскурсії починається урок здоров'я із вступного слова ведучого про значення гігієнічного виховання населення. Далі студенти пропонують увазі глядача театралізовану тематичну виставу, що має за мету закріпити отримані дані під час екскурсії знання з гігієни порожнини рота. Виставу-казку ставлять обдаровані студенти за попередньо складеним їх колегами сценарієм. Частише всього сценарій – “стоматологічна” мініатюра – складається у віршованій формі.

Заклучна частина уроку проходить у вигляді вікторини чи конкурсу, на якому студенти ставлять ключові питання з профілактики стоматологічних захворювань, а діти дають відповіді. Питання складено таким чином, щоб забезпечити участь усіх слухачів. Відповіді на них вказують на ступінь засвоєння отриманих на уроці знань. Журі у складі старших школярів, лікаря та педагога оцінюють участь школярів на уроці (прояв цікавості, рівень знань, активність та ін.). По закінченні вікторини підводяться її підсумки, визначають і нагороджують переможців.

У заключному слові співробітники кафедри відмічають кращих виконавців, дають конкретні рекомендації щодо подальшого вдосконалення методики проведення уроку здоров'я. Із наочних посібників, що представляються студентами на урок здоров'я, відбирають найбільш демонстративні, які використовуються в подальшому лекторською групою студентів молодших курсів для роботи з гігієнічного виховання організованого дитячого населення.

У процесі підготовки і проведення уроку здоров'я було використано і психологічні закономірності навчальної діяльності. З однієї сторони, – активізація пізнавальних психічних процесів, наприклад, створення установки на увагу і сприйняття матеріалу при підготовці і проведенні уроку здоров'я.

На основі мимовільної уваги йде формування інтересу до даного виду навчання, а правильне пе-

реведення мимовільної уваги в немимовільну і дозволяє активізувати процеси пам'яті, такі як запам'ятовування і збереження інформації, що в свою чергу дає можливість розширити і вдосконалити досвід навчання. На рівні мислення проходить закріплення і створення нових асоціативних зв'язків як у тих хто навчає, так і в тих, хто навчається.

З другої сторони, саме тому і було вибрано такий метод навчання, як гра, який у молодшому шкільному віці дозволяє найбільшому розкриттю і навчанню особистості. Оскільки цей вид діяльності був уже ними засвоєний, зрозумілий і улюблений майже всіма дітьми, він органічно вплітається в основну навчальну діяльність. Поєднання навчальної діяльності із сюжетно-рольовою грою дає змогу розкрити як у тих, хто навчає, так і тих, кого навчають, певних рис темпераменту, характеру, здібностей, формуванню самооцінки особистості і самоконтролю. Проведення таких уроків здоров'я підвищує позитивну активізацію емоційно-вольового середовища особистості. Це дає можливість більш повно, точно і швидко формувати навички вміння і переводити їх у звичку як закріплену форму поведінки.

Якщо розглядати психолого-медичний аспект такого уроку здоров'я, слід відмітити наступне:

#### Література

1. Тушин Б.Г. Валеологические аспекты стоматологии. // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста: Межвузовский сборник научных трудов, посвященный 15-летию кафедры детской стоматологии. – Кемерово, 1997. – С. 37-38.
2. Казакова Р.В., Кольцова Н.И., Лучинский М.А. та ін. Соціальні фактори ризику розвитку стоматологічних захворювань // Галицький лікарський вісник. – 2002, – Т.9, №2. – С. 151-154.
3. Лукиних Л.М. Мотивированные формы гигиенического воспитания населения // Стоматология. – 1998. – Специальный выпуск. – С. 44-45.
4. Лунева Н.А. Эффективность образовательной программы в профилактике стоматологических заболеваний у детей младшего школьного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2001.
5. Образцов Ю.Л. Детская стоматология на рубеже XX-XXI века: настоящее и будущее // Стоматология. – 1996. – № 3. – С. 53-54.
6. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Набатова Т.А., Павлова Ю.В. Роль мотивации родителей в поддержании стоматологического здоровья детей // Новое в стоматологии. – 1996. – № 6. – С. 12-14.
7. Аврамова О.Г. Санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения в программах профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология. – 1998.

таке поєднання навчальної та ігрової діяльності відкриває можливість зниження або навіть зняття страху перед лікарем-стоматологом та стоматологічним втручанням. Що знаю, розумію, люблю – того не боюся. Зняття страху на такому уроці здоров'я студенти можуть здійснювати методами візуалізації, в мовному контексті або у побудові сюжетно-рольових ситуацій.

Зниження або зняття страху веде за собою зниження або зняття болю як найчастішого симптому захворювання. А зняття страху і болю дає змогу правильно, адекватно оцінити ситуацію зі сторони хворого і робить можливим надання швидкої та кваліфікованої медичної допомоги зі сторони лікаря.

**Висновки.** Таким чином, підготовка та проведення уроку здоров'я, що включає активні та пасивні форми санітарно-просвітницької роботи, удосконалює професійну майстерність студентів старших курсів та лікарів-інтернів. На нашу думку, участь студентів у санітарно-просвітницькій роботі вчить майбутніх спеціалістів володіти аудиторією, розвиває лекторську майстерність, підвищує професійний рівень підготовки майбутнього лікаря-стоматолога, а також сприяє підвищенню рівня гігієнічної культури дитячого населення.

– Специальный выпуск. – С. 41.

8. Бородина Т.В. Санитарно-просветительская работа и оценка гигиенических навыков по уходу за полостью рта в семьях // Труды V съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 1999. – С. 42-44.

9. Чудинова Т.А., Хуснутдинова З.А. Роль семьи в профилактике болезней полости рта у детей // Проблемы социальной гигиены, история медицины. – 2000. – № 6. – С. 8-11.

10. Шемонаева К.Ф. Разновиды практичных занятий у вышших медичних закладах освіти // Практичне заняття у підготовці лікарів і провізорів: Зб. наук. метод. праць. – Київ: КМАПО ім. П.Л. Шупика, 22-23 лютого 2001. – Книга 2. – С. 71-76.

11. Васильев В.М., Боженко Т.А. До проблеми взаємозв'язку та оптимізації теоретичної та практичної підготовки майбутніх лікарів // Практичне заняття у підготовці лікарів і провізорів: Зб. наук. метод. праць. – Київ: КМАПО ім. П.Л. Шупика, 22-23 лютого 2001. – Книга 2. – С. 117-120.

12. Ткаченко П.І., Гурій О.В., Каськова Л.Ф. Організаційна структура і форми проведення практичного заняття на кафедрі дитячої стоматології // Практичне заняття у підготовці лікарів і провізорів: Зб. наук. метод. праць. – Київ: КМАПО ім. П.Л. Шупика, 22-23 лютого 2001. – Книга 2. – С. 193-197.

УДК 616.1/4

### РЕЦЕНЗІЯ НА ПІДРУЧНИК ЕНДОКРИНОЛОГІЯ/П.М. БОДНАР, О.М. ПРИСТУПЮК, О.В. ЩЕРБАК ТА ІН. – К.: ЗДОРОВ'Я, 2002. – 512 С.

У зв'язку з переходом викладання на українську мову утворився дефіцит навчальної літератури, тому вихід у світ першого україномовного підручника з ендокринології слід вітати. Великий педагогічний, клінічний та науковий досвід авторського колективу, хороший стиль викладу визначили достойність фундаментальної праці.

Згідно з навчальним планом клінічна ендокринологія викладається лише на IV курсі, для вивчення предмету відведено 36 год практичних занять (за модульним принципом – це один тиждень). За цей час студент повинен написати і захистити історію хвороби, скласти диференційований залік. Який же об'єм нового матеріалу може засвоїти студент упродовж цього тижня? Мабуть, у межах 150-200 сторінок. Тим паче, слід мати на увазі, що доза інформації в підручнику і на лекціях має бути розрахована на середнього студента. Тому підручник, що рецензується (512 с.), можна рекомендувати для післядипломного навчання фахівців ендокринологів, а не для студентів медичних ВНЗів III-IV рівнів акредитації, як це “Допущено МОЗ України...”

Аналізуючи зміст книги, хочеться із задоволенням відзначити логічність побудови матеріалу як у цілому, так і при викладі окремих нозологічних форм ендокринної патології. Підручник починається з ознайомлення із нарисом історії розвитку ендокринології в Україні, з провідними науковими школами. Важливий і цікавий другий розділ, який є теоретичною передумовою до клінічних розділів. У ньому дана загальна характеристика гормонів та механізми їх дії. Викладу захворювань передують короткі анатоμο-фізіологічні дані відповідних ендокринних залоз. При описі нозологічних форм висвітлюється сучасний стан питання про етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування та профілактику. У додатках наведені нормативні рівні

гормонів та їх метаболітів у біологічних рідинах, міжнародна статистична класифікація ендокринних хвороб; гормони, їх аналоги та антигормональні препарати.

Необхідно відзначити і хороше поліграфічне оформлення книги. Поясненням до тексту служать наглядні таблиці, схеми, оригінальні малюнки та фотоілюстрації.

Позитивно оцінюючи підручник, пропонуємо ряд зауважень та побажань. Слід було утриматися від наведення дискусійних питань патогенезу та складних класифікацій окремих захворювань, хоча не можна не визнати, що ознайомлення з цими питаннями вводить читача в курс сучасної науки і сприяє розвитку клінічного мислення. Виникає запитання про доцільність опису складних біохімічних, радіологічних та інших досліджень, якщо їх неможливо запровадити у більшості лікувальних закладів країни. Типові клінічні симптоми захворювань нерідко подані без розкриття їх генезу, що створює певні труднощі для засвоєння матеріалу. Необхідно виходити з того, що хвороба – непряма реакція організму на його пошкодження. При цьому завжди виникають компенсаторні механізми захисту, які також проявляються певною симптоматикою. Наприклад, клінічні ознаки гіпоглікемії прийнято розподіляти на нейроглікопенічні (порушення пам'яті, сонливість, апатія, неадекватні вчинки тощо), викликані енергетичним голодуванням кори головного мозку та адренергічні (компенсаторний викид катехоламінів з метою активації глікогенолізу в печінці), що проявляється емоційним збудженням, пітливістю, тремтінням кінцівок, серцебиттям, підвищенням артеріального тиску тощо.

Полегшило б розуміння і засвоєння матеріалу виділення клінічних синдромів. Так, всю багатоліку симптоматику хвороби Аддисона можна звести до пентади: меланодермія, адинамія, артеріальна гіпотонія, диспепсія та схуднення. А при первинному альдостеронізмі – до тріади: гіпертензивний і міс-

тенічний синдроми та нефрогенний нецукровий діабет (інсипідарний синдром), який настає внаслідок каліопенічної нефропатії. У випадках вторинного альдостеронізму відносно менше виражені електролітні зрушення, нефропатія не розвивається і тому має місце набряковий синдром.

**Загальна характеристика гормонів та механізми їх дії.** На сторінці 31 читаємо, що проміжна частка гіпофіза виробляє МСГ. Існують аргументовані дані літератури, що в людини, на відміну від тварини, у зв'язку з відсутністю проміжної частки (рудиментна) меланоцитостимулюючий ефект забезпечується не МСГ, а АКТГ і β-беталіпотропіном. У переліку причин ендокринних хвороб (с.48) на перше місце поставлено емоційний або фізичний стрес. Вважається, що стрес – частіше реалізуючий (провокуючий) фактор хвороби при спадковій схильності.

**Акромегалія.** У випадках злоякісного варіанту перебігу захворювання розвивається гіпопітуїтаризм внаслідок кістозної дегенерації макроаденоми і її прогресуючого тиску на тканину гіпофіза. Існує і так звана парціальна акромегалія. Говорячи про оперативне втручання, варто додати, що видалення аденоми проводиться трансфеноїдальним шляхом.

**Хвороба Іценка-Кушинга.** Слід відзначити, що кортикотропін (с.59) має незначний вплив на регуляцію продукції альдостерону. Наголошуємо, що слабкість у м'язах, субатрофія м'язової тканини (с.51) обумовлені катаболічним ефектом кортизолу. Більш виражений гірсутизм, як і суттєво високий вміст у сечі 17-КС при пухлинах надниркових залоз (с.63) можна пояснити тим, що в процес втягується сітчаста зона кори, оскільки пухлини за звичай бувають змішаного типу.

Варто було б навести короткі дані про гіпоталамічний пубертатний синдром, оскільки він трапляється в 3-4% осіб підліткового та юнацького віку.

**Нецукровий діабет.** Нефрогенний нецукровий діабет трапляється також у хворих на гіперпаратиреоз, первинний альдостеронізм. Необхідно виділити ступені тяжкості хвороби за добовим діурезом. У перспективі лікування хворих на нецукровий діабет центрального генезу – удосконалення пересадки гіпоталамо-гіпофізарного комплексу.

**Гіпотиреоз.** Клінічні прояви гіпотиреозу виникають при ураженні 90% тканини залози. Позатиреоїдна дія високого рівня ТТГ сприяє накопиченню в тканинах мукополісахаридів і розвитку слизового набряку при первинному гіпотиреозі, тому

зрозуміла причина відсутності набряку при вторинному гіпотиреозі. Доцільно дати поняття про субклінічний гіпотиреоз, його клінічні “маски”, навести еквівалентні дози тиреоїдних препаратів. Доза їх доза у певній мірі змінюється залежно від пори року. Враховуючи добовий ритм продукції тиреоїдних гормонів, трийодтиронін рекомендується приймати 2-3 рази на день. У комплекс терапевтичних засобів бажано включати вітаміни (А, В, С, Е), ліпотропіни, препарати калію, загальне ультрафіолетове опромінення. При підозрі на можливість природженого гіпотиреозу проводять рентгенографію колінних суглобів. Відсутність скостеніння в ділянці дистального епіфіза стегна і проксимального епіфіза великогомілкової кістки вказують на наявність у новонародженого гіпотиреозу. У хворих на природжений гіпотиреоз прогноз відносно психічного розвитку несприятливий, якщо лікування не розпочати протягом першого року життя.

**Дифузний токсичний зоб** вважається автоімунним захворюванням з природженим дефектом в системі імунологічного нагляду. Тиреоїдстимулювальні імуноглобуліни продукують похідні В-лімфоцитів – плазматичні клітини. Їх “... виявляють у 20% хворих...” (с.111), а на с.122 – “... до 90% випадків...”, що більш достовірно. Це єдине з усіх автоімунних захворювань, при якому функція ураженого органа підвищується. Враження про односторонність (у 10%) екзофтальму симулюється його нерівномірністю. Класифікація за вираженістю клінічних проявів (легка, середньотяжка і тяжка форми) відноситься до тиреотоксикозу, а не до токсичного зоба (с.118). Враховуючи порушення добового ритму продукції тиреоїдних гормонів, бажано забір крові для аналізу проводити о 16 год. Автори акцентують увагу на високу частоту зв'язку між психічною травмою та виникненням токсичного зоба (80%), що розділяється не всіма дослідниками. Так, В.Г. Баранов наявність гострої психічної травми за 6 місяців до початку захворювання відмітив лише у 7,5% хворих. Під час Другої світової війни захворюваність на токсичний зоб була низькою. Тому можна констатувати, що перше місце серед провокуючих факторів посідає не психотравма, а інфекція.

Виникнення симптоматики захворювання обумовлене біологічним ефектом тиреоїдних гормонів і гіперактивністю адренергічних рецепторів, зокрема, підвищується чутливість серцево-судинної системи до катехоламінів, збільшується і кількість цих рецепторів. Атеросклероз розвивається дещо

пізніше, а при гіпотиреозі – раніше, ніж у пацієнтів з нормальною функцією щитоподібної залози. Слід відзначити, що у хворих на вузловий токсичний зоб (с.124) ендокринної офтальмопатії, як правило, не буває тому, що цей зоб не вважається автоімунним. “Хворим на невроз... невластиві очні симптоми” (с.129). Точніше сказати: їм невластива ендокринна офтальмопатія, а очні симптоми (Штельвага, Грефе, Кохера, Краусса, Розенбаха та ін.) можуть бути, оскільки вони зубумовлені активацією симпатичної нервової системи, в тому числі і у хворих на токсичний зоб.

За консервативного лікування недуги після досягнення еутиреозу підтримувальні дози мерказолілу поєднують з L-тироксинам (у зв'язку із струмогенним ефектом мерказолілу). Лікування тиреотоксичної кризи необхідно розпочинати із введення великих доз глюкокортикоїдних препаратів (300-600 мг водорозчинного гідрокортизону на добу), які зменшують периферійну конверсію  $T_4$  в  $T_3$ , та  $\beta$ -адреноблокаторів. Лише після цього (с.135) вводять мерказоліл та інші лікарські засоби.

**Цукровий діабет.** Це один з кращих розділів підручника, він може претендувати на видання окремих посібником. Ми розділяємо думку авторів цього розділу про те, що інші специфічні типи даного захворювання (етіологічна класифікація порушень глікемії, ВООЗ, 1999) зручніше було б називати вторинним (симптоматичним) цукровим діабетом (с.218), а діабет типу 1 і 2 – називати первинним (аналогія з гіпертонічною хворобою). Незрозуміло, чому у вищезгаданій класифікації діабет, спровокований інфекцією, віднесено до інших специфічних типів хвороби. У табл. 41 зазначено, що вміст інсуліну і С-пептиду в плазмі крові при типі 2 “нормальний або підвищений”, тоді як, починаючи з маніфестного етапу його розвитку, порушується секреція інсуліну. До стадії ПТГ слід відносити і такі випадки захворювання, коли у хворих при обстеженні не спостерігається ПТГ, але в анамнезі є дані про діабетичні прояви у вигляді гіперглікемії і глюкозурії з наявністю клінічних ознак чи без них.

Бажано було б показати, в яких напрямках ведуться перспективні пошуки нових методів лікування цукрового діабету. Терапію цукрового діабету типу 2 доцільно проводити з урахуванням етапів його розвитку. Так, на інсулінорезистентність впливають бігуаніди та глітазони. З метою відновлення порушення ранньої фази секреції інсуліну, яка призводить до розвитку постпрандіальної гіперглі-

кемії, застосовують глініди. А порушення довготривалої фази секреції гормону, яка характерна для маніфестної стадії діабету, відновлюють похідні сульфанілсечовини. Оскільки серцево-судинні ускладнення обумовлені інсулінорезистентністю і постпрандіальною гіперглікемією, то застосування глітазонів і глінідів відкриває перспективи для профілактики ангіопатій. Скромно згадуються фізіотерапевтичні методи лікування за наявності ускладнень недуги. Наприклад, ми з успіхом застосовуємо ультразвук на ділянку проекції печінки при гепатопатіях, внутрішньотканинний електрофорез 1% розчину нікотинової кислоти при ангіонейропатіях та ін.

**Хронічна недостатність надниркових залоз.** Причиною первинної недостатності можуть бути також метастази в надниркові залози злоякісних пухлин, ангіоми, травма-крововилив, сифіліс, амілоїдоз, природжена нечутливість до АКТГ. Патологічний процес уражає, як правило, всю тканину залоз, але клініка визначається недостатністю кіркового шару кори, бо катехоламіни продукуються і в позанадниркових структурах. Наявність вітиліго на тлі гіперпігментації може свідчити про автоімунний генез первинного гіпокортицизму. Вторинний гіпокортицизм трапляється досить рідко (5%). Крім наведених диференціально-діагностичних ознак первинного та вторинного гіпокортицизму, слід нагадати, що при вторинній недостатності не так різко знижується артеріальний тиск, бо АКТГ має менше відношення до регуляції продукції мінералокортикоїдів. У клінічній картині можуть бути також прояви патологічного процесу, який призвів до ураження гіпоталамо-гіпофізарної системи. За ступенем тяжкості хворобу Аддисона поділяють на легку, середньотяжку та тяжку форми. Показниками тяжкості захворювання є ступінь вираження артеріальної гіпотонії, адинамії та об'єм замісної терапії. Виділяють у перебігу хвороби стан компенсації і декомпенсації. Необхідно навести еквівалентні дози глюкокортикоїдних препаратів.

У лікарській практиці трапляється і парціальна недостатність кори надниркових залоз, зокрема гіпoadостеронізм. Окрім причин, наведених в літературі, ми звернули увагу на те, що досить часто в результаті тривалої інтоксикації (після перенесення тяжких інфекцій, при хронічному холецистоангіохоліті, хронічному аднекситі, туберкульозному процесі тощо, розвивається астеногіпотонічний синдром, схуднення, іноді з м'язовою слабкістю (гіперкаліємія). Непрямим клінічним підтвердженням

цього факту є потяг хворих до солоної їжі. Оскільки клітини кори надниркових залоз зароджуються в клубочковій зоні і в міру дозрівання просуваються вглиб органу, то зрозуміло, що при хроніосептичному стані в першу чергу уражаються більш молоді клітини і тому настає гіпоальдостеронізм. Патогенетично обґрунтованим буде призначення таким пацієнтам мінералокортикоїдних препаратів і аскорбінової кислоти поряд з заходами, спрямованими на усунення причини.

**Захворювання статевих залоз.** Доцільно навести диференціально-діагностичні ознаки первинного та вторинного гіпогонадізму, а також схему лікування затримки статевого розвитку у хлопчиків за О.М. Демченко.

**Клімакс.** Необхідно уточнити, що в ранньому періоді клімаксу вікова перебудова гіпоталамусу (він старіє в першу чергу і не сприймає нормального рівня статевих гормонів в крові) призводить до підвищеної продукції гонадотропних і відповідно статевих гормонів. Водночас збуджуються й інші гіпоталамо-гіпофізарні структури, що й обумовлює клінічні прояви клімактеричного неврозу. У подальшому настає зниження продукції статевих гормонів. У жінок деякий час фолікули продовжують дозрівати, але припиняється утворення жовтого тіла і виділення прогестерону.

**Ожиріння.** Проблема всебічно висвітлена, можна лише додати, що при ожирінні можуть збільшуватись як число адипоцитів (гіперцелюлярний тип, який трапляється в дитячому віці), так і їх розміри (гіпертрофічний тип, котрий частіше трапляється у дорослих). Вважається, що число адипоцитів залежить від генетичної схильності, а їх величини від харчування. На жаль, лікувальні засоби не ліквідують гіперцелюлярний статус. До названих факторів, які підтримують ожиріння, можна віднести й те, що у хворих переважає “нічний” спосіб забезпечення енергією, як більш економний. Тому для профілактики опасистості слід приймати їжу 4-5 разів на день. Доведено, що до 12 год дня холестерин засвоюється організмом на 85%, а після 13 год підшлункова залоза виділяє речовини (ферменти), які “розбивають” холестерин, залишаючи на засвоєння лише 15%. Тому жирні страви не реко-

мендується споживати в першій половині дня. У літературі, в ЗМІ широко рекламуються нетрадиційні методи лікування ожиріння, але ефективність їх не завжди клінічно підтверджується.

**Хірургічне лікування ендокринних захворювань.** Опушені показання і план хірургічного втручання у хворих на акромегалію.

Зазначимо й окремі неправильні вислови та описки. Так, читаємо: “вузлів” (с.5) замість “вузів”, “ріст” (с.78 і ін.) замість “зріст”, “криз” (с.118 і ін.) замість “криза”, “у хворих із хронічною наднирковою недостатністю” (с.316) замість “...на хронічну...”, “аліментарно-конституціональне” (с.412) і “... конституційне” (с.413). Слід писати: Аддисон, Кушинг, Бантинг, Симмондс, Дельримпль (граматичне правило “дев’ятки”). Правильніше буде “діабет наявний”, ніж “... явний” (с.217), “передкома” замість “прекома” (с.270), “передменопауза”, ніж “пременопауза” (с.375), “куріння”, а не “паління” (с.411), “збігається”, а не “співпадає” (с.411).

Рівні гормонів у тексті іноді наводяться за однією системою, а в додатку 1 – за іншою; наприклад, тиреотропін у мкОД/мл (с.110) і в мОД/л (с.487). У цьому ж додатку пропущено підзаголовок – “Гіпоталамус, гіпофіз”. Стиль викладу матеріалу в окремих місцях підручника не однаковий, що залежить від різного літературного стилю авторів.

Ми розділяємо ті великі труднощі, які неминучі при виданні підручників, але необхідно довести до мінімуму всякі неточності у навчальній літературі, в тому числі і літературні. Не забуваймо, що саме мову лікаря беруть собі за зразок пацієнти, інші люди, з якими йому доводиться спілкуватися. Чиста літературна мова – ознака високої культури спілкування.

Виявлені недоліки, запропоновані зауваження та побажання не знижують загального хорошого враження, яке залишилося після ознайомлення з книгою, вони можуть бути легко усунені при перевиданні.

Фундаментальний підручник за умови подальшого удосконалення заслуговує стати настільною книгою для викладачів, ендокринологів та сімейних лікарів.

**П.М.Ляшук** – доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології Буковинської державної медичної академії

УДК 616.5/88

## РЕЦЕНЗІЯ НА МУЛЬТИМЕДІЙНИЙ ЛАЗЕРНИЙ КОМПАКТ-ДИСК “ТУБЕРКУЛЬОЗ” /М.М. САВУЛА, Н.С. КРАВЧЕНКО, Л.А. ГРИЩУК, І.Т. П’ЯТНОЧКА, Ю.І. СЛИВКА. – ТЕРНОПІЛЬ: УКРМЕДКНИГА, 2002. – 610 Мб

Підготовка фахівця високого рівня неможлива без удосконалення навчального процесу шляхом його оптимізації, застосування нових інформаційних технологій, зокрема лазерних компакт-дисків. Створення і застосування компакт-дисків відкрило новий етап навчання студентів вищих навчальних медичних закладів.

На курсі фтизіатрії Тернопільської державної медичної академії вперше в Україні з метою поліпшення оволодіння навчальною програмою з фтизіатрії створено мультимедійний лазерний компакт-диск “Туберкульоз” на основі підручника М.М. Савули, О.Я. Ладного “Туберкульоз” (Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - 324 с). Підручник призначений для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. Він охоплює всі програмні питання з фтизіатрії, якими повинні оволодіти студенти вищого навчального медичного закладу.

Інформація, подана на компакт-диску, складається із вступу, основної частини, озвучених відеофрагментів, контролюючої програми. Спеціальна програма-оболонка дозволяє швидко і якісно отримувати інформацію з будь-якої частини або розділу (текстова інформація, відеофрагменти, контролююча програма).

У вступі наводяться короткі відомості про авторів, історична довідка про кафедру, список матеріалів і літератури, використаної при створенні компакт-диску.

В основній частині висвітлюється: епідеміологія і патогенез туберкульозу, методи його діагностики, клінічні форми туберкульозу, лікування, профілактика, організація протитуберкульозної роботи. Основні моменти з тексту доповнені відеофрагментами із звуковим супроводом. У загальному компакт-диск ілюстрований 153 рисунками, 14 таблицями, 13 озвученими відеофрагментами. Клінічні форми туберкульозу і легеневі захворювання, з

якими необхідно проводити їх диференційну діагностику, подані на відповідних рентгено- і томограмах, зображеннях патологоанатомічних препаратів. Відеофрагменти ілюструють особливості клінічних та інструментальних методів обстеження хворих на туберкульоз, лікувальні маніпуляції: огляд, пальпацію, аускультацию, флюорографію, спірографію, бронхоскопію, методику проведення проби Манту, забарвлення мазка за Цілем-Нільсеном, щеплення вакциною БЦЖ, методику плевральної пункції. Якісно виконані відеозйомки забезпечують ефект реальної присутності студента у бронхологічному кабінеті під час бронхоскопії, у маніпуляційному кабінеті. Детально зображений кожний етап методики проведення проби Манту, щеплення вакциною БЦЖ, забарвлення мазка за Цілем-Нільсеном, плевральної пункції.

Контролююча програма представлена 70 тестовими питаннями і 5-ма варіантами відповіді до кожного з питань. За допомогою програми студент може швидко знайти у відповідних розділах (підрозділах) тексту правильну відповідь.

Компакт-диск використовується на лекціях, практичних заняттях, самостійній роботі студентів для поглиблення знань із фтизіатрії серед студентів IV та VI курсів.

Великий обсяг інформації, розміщеної на компакт-диску, її образність дозволяє користувачеві ефективно засвоїти необхідну інформацію, яка передбачена програмою з фтизіатрії: епідеміологія, патогенез, клініка, діагностика та диференційна діагностика туберкульозу, його профілактика.

Мультимедійний лазерний компакт-диск “Туберкульоз” з успіхом застосовується в навчальному процесі, він користується популярністю серед студентів. Рекомендуємо його ширше використовувати у вищих навчальних медичних закладах України.

**Професор кафедри фтизіатрії і пульмонології  
Львівського державного медичного університету  
ім. Данила Галицького д.м.н. Сахелашвілі М.І.**

© М.І. Сахелашвілі, 2002

# З ІСТОРІЇ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

УДК 61(061)(477.84):379.824

## ТЕРНОПІЛЬСЬКА МЕДАКАДЕМІЯ – У ФАЛЕРИСТИЦІ

**В.В. Файфура, І.О. Юхимець**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського  
Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи*

## TERNOPIL MEDICAL ACADEMY – IN THE PHALERISTICA

**V.V.Faifura, I.O.Jukhymets'**

*Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky  
Ternopil regional office of the forensic medical examination*

У статті наведено дані про колекцію із 38 значків, випущених Тернопільською медакадемією самостійно або спільно з іншими організаціями протягом 45 років. Ці значки є свідками подій наукового, навчального і соціального характеру, які залишили помітний слід в історії академії.

The article contains the data about collection of 38 symbols made independently in Ternopil medical academy or conjointly with another organisations during 45 years. These symbols testify about scientific, educational and social events that played an important role in the history of academy.

**Вступ.** Значки – своєрідні історичні пам'ятки. Шляхом випуску значків держава, організація чи певна соціальна група оперативної й лаконічно відгукується на важливі для них події, процеси або пам'ятні дати. Вивченням значків займається допоміжна історична дисципліна – фалеристика. Цю назву ввів в обіг чеський колекціонер Олдржих Пільц у 30-х роках минулого століття. Походить вона від латинського терміна phalerae – металічні прикраси, бляхи, які служили військовими відзнаками античних воїнів. Поряд з історичною документальністю значки мають і художню цінність. Майстерне втілення ідеї, здійснене за допомогою скупих засобів, завжди приносить естетичну насолоду, а особливо вдала композиція досягає рівня фахового символу. Автори взяли за мету простежити за деякими епізодами розвитку і діяльності академії, зафіксованими у значках. Ми сподіваємося, що знайомство з ними спонукає до більш повного пізнання минулого нашого ВНЗу, уже значною мірою прихованого за завісою кількох десятиліть. І в цьому ми вбачаємо не тільки пізнавальний, але й виховний аспект даної публікації.

**Основна частина.** 12 квітня 1957 р. Рада Міністрів УРСР прийняла пропозицію виконкому Тернопільської обласної ради депутатів трудящих та Міністерства охорони здоров'я УРСР і винесла постанову № 343 про організацію в місті Тернополі медичного інституту. Цей день став днем народження першого в обласному центрі вищого навчального закладу. Директором його було призначено доц. П.О. Огія.

Із перших днів свого функціонування інститут розгорнув активну навчальну, наукову, лікувальну і громадську діяльність і швидко почав завойовувати визнання як солідний центр підготовки лікарських кадрів і науково-дослідної роботи. На його базі або за його активною участю відбулися чисельні з'їзди, конгреси, конференції, симпозіуми, наради, пленуми, які засвідчують неухильне зростання авторитету вузу. Колектив урочисто відзначив 25-, 30- і 40-річний ювілей своєї трудової діяльності. 1 липня 1993 р. інституту було присвоєне ім'я акад. І.Я. Горбачевського, а 30 січня 1997 р. надано статус академії.

Наукові, навчально-методичні і виховні заходи, а також ювілейні торжества залишили після себе різноманітні матеріали у вигляді запрошень, програм, збірників праць тощо. Серед них особливе



місце займають нагрудні значки. Як частина нашої історії вони завжди привертали до себе увагу спеціалістів, істориків медицини [1, 2] і давно стали предметом захоплення колекціонерів. У зв'язку з обмеженим тиражем значки медакадемії в переважній більшості вкрай рідкісні, а деякі взагалі збереглися в лічених екземплярах і недосяжні для теперішніх збирачів. Авторам вдалося розшукати 38 значків, випущених Тернопільською медакадемією у 1970-90 роках [3], хоча було їх, мабуть, значно більше. Переважна кількість значків виготовлена на виробничому об'єднанні "Ватра" і лише окремі з них – на виробничому об'єднанні "Тернопільський комбайновий завод". Слід зазначити, що ескізи значків виконані не професійними художниками, тому вони мають скоріше пізнавальну, ніж художню цінність, хоча деякі з них відзначаються вишуканістю і високим художнім рівнем.

Перша спроба створити значок медінституту припадає на початок 70-х років. Ініціативу проявило правління студентського наукового товариства. У той час дуже стрімко почала прогресувати студентська наука, особливо після Всесоюзного зльоту студентів у 1972 р. При кафедрах інституту працювало 38 наукових гуртків, у які було залучено третину загального контингенту студентів [4]. Встановилися тісні контакти між молодими науковцями Тернополя і їх колегами практично з усіх медичних навчальних закладів колишнього Союзу. Розширився обмін науковими делегаціями. Якщо у 1971 р. студенти нашого інституту зробили лише 4 доповіді на конференціях інших ВНЗів, то в 1973 р. – уже 10, в 1975 р. – 25. Постановою Колегії Міністерства вищої і середньої спеціальної освіти СРСР і Бюро ЦК ВЛКСМ № 77/1а від 21 вересня 1973 р. за результатами Всесоюзного огляду-конкурсу вищих навчальних закладів на кращу організацію науково-дослідної роботи студентам Тернопільського медінституту було присуджено четверту, заохочувальну, премію серед медичних ВНЗів. Зросла кількість доповідачів з інших міст на конференціях Тернопільського медінституту. Наприклад, у 1976 р. було представлено 24 доповіді, у 1977 р. – 45. Крім друкованих матеріалів і нагород, наші гуртківці поверталися з конференцій з цікавими сувенірами – значками, без яких тоді не обходилося жодне серйозне наукове зібрання. За цих обставин якраз і з'явилася ідея створити власний значок. Проте цей задум не був реалізований. Авторам відомі лише три пробні екземпляри без лакового покриття. Значок являє собою прямокут-

ник, відлівого нижнього кута якого виступами вгору по зернистій поверхні йде аббревіатура "ТМІ", а справа внизу розташована медична емблема (змія і чаша) на фоні абстрактного малюнка з вигнутих ліній.

70-80-і роки пройшли під прапором студентської науки. За 20 років в інституті відбулося близько 100 студентських конференцій. З них відзначені значками 25, 26 і 32 конференції ТДМІ (1983, 1984 і 1989 рр.), конференція "Актуальні питання гастроентерології" (1982 р.), а після довгої перерви – Міжнародний медичний конгрес студентів і молодих учених (1997 р.). На останньому значку традиційна емблема (змія і чаша) доповнена розкритою книгою, яка лежить на чаші. Доцільність такого нагромадження символіки сумнівна. Уже сама емблема при всій неоднозначності її трактування достатньо інформативна: змія уособлює знання і мудрість [5], а чашу ще з часів Платона вважали місцем зародження всього живого. У деяких древніх народів вона символізувала одночасно й охорону здоров'я і життя [6].

Студентське наукове товариство інституту двічі випускало власний значок – в кінці 70-х і в кінці 80-х років. На першому з них використано нову, модну тоді емблему – "Серце на долоні". Історія її така [7]. У 1961 р. Центральний науково-дослідний інститут санітарної освіти (Москва) підготував виставку "Бережіть серце". Емблемою виставки стало зображення серця на долоні (художник – А.Г. Руднович). Пізніше цей малюнок став постійною емблемою медичних виставок за рубежом. Для працівників виставок і відвідувачів виготовляли спеціальні значки з цією емблемою. У 1966 р. в Москві відбувся I Всесоюзний з'їзд кардіологів, присвячений проблемі гіпертонічної хвороби. Значок прикрашала та сама емблема – серце на долоні. Вона ж стала фрагментом пам'ятника акад. О.М. Бакулеву на Новодівичому кладовищі.

У Тернопільському медінституті ця емблема вперше з'явилася в 1971 р. на запрошенні на ювілейну зустріч з нагоди 10-річчя першого випуску лікарів у варіанті "серце на лівій долоні" (як в оригіналі). Проте на аналогічному запрошенні лікарів другого випуску (1972 р.) варіант інший – "серце на правій долоні", а на запрошенні лікарів сьомого випуску (1977 р.) – уже "серце у двох долонях". Саме у такому трансформованому вигляді ідея знайшла втілення на значку СНТ. Згодом цей символ став емблемою інституту, стенд з її рельєфним зображенням довгий час прикрашав вестибюль адміністративного корпусу.

За 45 років минуло немало ювілеїв і пам'ятних дат. Відбулися студентські конференції, присвячені І.І. Мечникову (1960 р.), Л. Пастеру (1970 р.), М.О.Семашку (1974 р.), В.В. Пашутіну (1974 р.), В.П. Воробйову (1974 р.), С.С.Четверикову (1974 р.), О.О. Богомольцю (1981 р.), М.М. Сиротиніну (1987 р.), І.Я. Горбачевському (1994 р.), Д.К. Заболотному (1997 р.) та іншим вітчизняним і зарубіжним ученим. На жаль, лише одна з них, присвячена 150-річчю з дня народження В.О. Беца, професора Київського університету, одного з основоположників вчення про цитоархітекtonіку кори головного мозку, була зафіксована випуском значка. Та й організатори Всеукраїнських наукових форумів мало приділяли уваги цьому питанню [8].

Крім 45 внутрішньовузівських підсумкових конференцій, на базі Тернопільської медакадемії відбулося близько 100 наукових з'їздів і конференцій Всеукраїнського і союзного рівнів. Привабливими за задумом і виконанням значками відзначені наукові форуми морфологів – VI Українська конференція анатомів, гістологів і ембріологів (1975 р.), III Всесоюзна конференція з спортивної медицини (1981 р.), симпозиум з медичної та спортивної антропології (1995 р.). Трьома оригінальними значками відзначені наукові форуми, організовані кафедрою інфекційних хвороб, – науково-практична конференція інфекціоністів (1981 р.), пленум інфекціоністів СРСР (1987 р.), V з'їзд інфекціоністів України (1988 р.). Знайшли відображення у фалеристиці IV Всесоюзний симпозиум з питань центральної регуляції кровообігу (1981 р.), організований кафедрою нормальної фізіології. Фалеристичний слід залишили IV з'їзд фармакологів УРСР (1981 р.), XIV Всесоюзна конференція з питань фізіології травлення і всмоктування (1986 р.), VIII з'їзд педіатрів України (1987 р.), Всесоюзний симпозиум хірургів (1989 р.), XIII з'їзд терапевтів України (1992 р.), дві республіканські конференції організаторів охорони здоров'я (1985 і 1988 рр.) та інші. Зате із чисельних методичних конференцій значка удостоїлася лише одна – науково-методична конференція медичних і фармацевтичних вузів України 1999 року.

У 1973 р. в інституті був створений клуб інтернаціональної дружби “Горизонт”, першим президентом його став студент Г. Добродзій. Серед інтерклубів навчальних закладів Тернопільщини “Горизонт” помітно виділявся своєю активністю і протягом багатьох років посідав перші місця на обласних конкурсах. Інтерклубівці встановили і

підтримували зв'язки з понад 70 адресатами України, СРСР та інших держав. На засідання інтерклубу студенти неодноразово запрошували викладачів, які працювали за кордоном. Враженнями про свою роботу ділилися А.К. Врублевський (Афганістан), Г.Т. Пустовойт і Г.Ф. Чернявська (Гвінея), О.М. Кіт, М.П. Гаріян, Є.Ф. Бузько і Г.Д. Бузько (Алжир). У травні 1982 р. на базі Тернопільського медінституту були проведені дні інтернаціональної дружби. Цей захід, як і сам факт створення інтерклубу, було відзначено випуском значків. На обох із них традиційні символи – голуб миру і п'ять кольорових переплєтених кілець, які означали дружбу народів п'яти континентів.

Зафіксовані у значках і деякі ювілейні зустрічі випускників. До 10-річчя створили значки випускники 1963, 1975 і 1976 рр., до 20-річчя – випускники 1963 і 1964 рр.

У 1982 р. інституту виповнилося 25 років. Ця дата була ознаменована урочистим засіданням, відкриттям інститутського музею і випуском пам'ятного значка. На ВО “Ватра” інститут замовив 2500 штук значків, які мали бути вручені всім викладачам, студентам і запрошеним. Заготовки були зроблені у необхідній кількості, але в умовах цейтноту та ще й кустарним способом вдалося більш-менш якісно хромувати приблизно 800 екземплярів. Вони й були покриті лаком у будинку побуту “Пенза” (тепер – “Роксолана”). Символ значка – випукло виконаний стетоскоп. Просто, але з художнім смаком задуманий і виконаний значок до 30-річчя ВНЗу (автор ескізу – І.О. Юхимець). Цей самий задум повторений на значку до 40-річчя академії.

На завершення статті автори висловлюють подяку співробітникам академії проф. М.А. Андрейчину, проф. К.В. Кованову, проф. Я.І. Федонку і проф. С.В. Хмілью, а також тернопільському колекціонеру Л.П. Горшку за представлений колекційний матеріал.

**Висновки.** 1. Значки медакадемії – своєрідне відображення у малій художній формі подій історико-медичного та соціального характеру, а також фактів, що стали важливими віхами її 45-річної історії.

2. Збирання, вивчення та пропагування фалеристичних матеріалів академії, які складають невід'ємну частину її минулого, слід розглядати як ефективний засіб залучення нових поколінь студентів і викладачів до повнішого ознайомлення з історією alma-mater і виховання у них почуття спадкоємності традицій фахової освіти і загальної культури.

3. Доцільно поновити багаторічну традицію відзначення випуском значків важливих подій і дат в житті академії з метою пропаганди їх серед медичної громадськості і населення.

4. При організації наукових форумів варто ув'язувати їх з історією вітчизняної науки, життям і діяльністю видатних учених і супроводжувати випуском значків відповідного змісту.

#### Література

1. Грибанов Э.Д. Медицина в необычном. – М.: Советская Россия, 1988. – 174 с.

2. Синяченко О.В. Донецкий медицинский институт в зеркале фалеристики // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 1993. – Т. 2, № 2. – С. 237-241.

3. Файфура В.В., Юхимець І.О. Значки Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського. – Тернопіль, 2001. – 16 с.

4. Маркова О.О. Наукова робота студентів – один із засобів підвищення якості підготовки висококваліфікованих спеціалістів // Програма та методичні матеріали тре-

тью науково-методичної конференції з питань оптимізації навчального процесу. – Тернопіль, 1973. – С. 6-7.

5. Петров Б.Д. Медицинская эмблема // Медицинская сестра. – 1964. – № 3. – С. 64.

6. Тарасонов В.М., Фокина Е.Н. Чаша как символ медицины // Терапевтический архив. – 1973. – Т. 45, № 8. – С. 118-121.

7. Грибанов Э.Д. Медицина в символах и эмблемах. – М.: Медицина, 1990. – 206 с.

8. Синяченко О.В., Прохоров Е.В. Форумы медиков Украины в фалеристическом отображении // Врачебное дело. – 1991. – № 6. – С. 111-12.

УДК 616.55/88-145

## ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА І УНІВЕРСИТЕТСЬКА ДИСЦИПЛІНА У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

Я.В. Ганіткевич

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

## HISTORY OF MEDICINE AS A SCIENCE AND UNIVERSITY DISCIPLINE IN THE WORLD AND IN UKRAINE

Ya.V. Hanitkevych

*Lviv State Medical University by Danylo Haltsky*

У статті наводяться основні праці з історії медицини у світі та в Україні XIX-XX ст., дані про викладання цієї дисципліни на медичних факультетах за рубежом, в СРСР та в Україні, наголошується на незадовільному її стані та наводяться пропонувані заходи для виправлення ситуації.

The basic works of XIX and XX cc. from a world history of medicine, the data about teaching of this discipline at medical faculties abroad, in USSR and Ukraine are reported. It is underlined its unsatisfactory condition and the offered measures for correction a situation are presented.

Історія медицини давня, як сама медична практика і медичні знання. Лікарі завжди вчилися на досвіді своїх попередників, тобто на історії діагностики і лікування. Уже в стародавньому світі були відомі праці, присвячені описанню життя лікарів та історії медицини, як “Про стародавню медицину” в “Збірнику Гіппократа”, К. Цельзія – “Про медицину”, учня Арістотеля Менона – “Історія медицини”, книга арабського лікаря Осейбія – “Життя лікарів” та ін. Низку праць з історії медицини опубліковано у середні віки, в кінці XVIII ст.

Однак перші систематичні монографії і наукові праці, присвячені спеціально історії медицини, з'явилися тільки у XIX ст. До них насамперед належать: K.Sprengel. Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneykunde. Halle, 1821-1840 (6 томів), Hecker J.F. Geschichte der Heilkunde. Berlin, 1822; Morwitz E. Geschichte der Medicin. Leipzig, 1848; Bouchut E. Histoire de la medecine et des doctrines medicales. Paris, 1864; Wunderlich C.A. Geschichte der Medicin. Stuttgart, 1859; Charles Daremberg. Histoire des sciences medicales. 1870 (2 томи); H.Haeser. Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten Jena, 1875-1882 (3 томи); J. Herman Baas. Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaften. 1896; Theodor

Puschman. Geschichte des medicinischen Unterrichts von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. 1889; E.Dupouy. Le moyen age medical. 1888; J.Weigel. Historja medycyny w wiekach srednich. 1895: Польською мовою перекладена праця H.Haeser'a “Historja medycyny” (1876-1886), при чому перший том виданий за рік після виходу в світ оригіналу.

На початку XX ст. вийшло багато книг, присвячених історії медицини, серед яких насамперед потрібно відзначити фундаментальний тритомний підручник Th. Puschman. Handbuch der Geschichte der Medizin (1902-1905), Wladyslaw Bieganski. Historja medycyny. 1901; J.L.Pagels. Einfuhrung in die Geschichte der Medizin. 1915; а також D.A.Gorton. The History of Medicine (1911, 2 томи). L. Meunier. Histoire de la medecine depuis ses origines jusqu'a nos jours. 1924; Arturo Castiglioni. Storia della Medicina. 1927; Mayer Steinegu. Sudhof. Geschichte der Medizin. 1928:

Широко відомими у першій половині XX ст. були монографії та підручники Garrison, Fielding H. An Introduction to the History of Medicine. Philadelphia-London, 1929; Castiglioni A. A History of Medicine. New-York, 1947.

Тоді ж почали формуватися окремі напрямки історії медицини: всесвітня або загальна історія медицини (інколи включає філософію медицини), історія розвитку медицини в окремих країнах (у книгах із загальної історії медицини деякі автори на-

водять розділи про історію розвитку медицини у своїй країні), історія окремих галузей медицини, історія окремих хвороб. Про інтенсивність наукових досліджень у цих напрямках свідчить той факт, що тільки до 1935 р. у різних країнах видано понад 70 книг із історії анатомії, фізіології, терапії, хірургії, психіатрії, офтальмології та ін., а також понад 10 книг із історії окремих хвороб (туберкульозу, раку, бронхіальної астми, дифтерії, тифів, сифілісу та ін.).

Вийшло друком низка біографічних словників (довідників), зокрема п'ятитомний довідник видатних лікарів усіх часів і народів А. Гірша (*Biografisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker*. 1929-1934), I. Fischer. *Biografisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre*. 1933 (2 томи). Видано довідники про лікарів окремих країн (S. Kosmmski. *Słownik lekarzow polskich*. 1888, 1906; Російський медичний список, СПб., 1916).

Ще 1925 року засновано “Американську асоціацію історії медицини” (ААНМ), яка видає “Бюлетень історії медицини”, провела 75 конференцій, нараховує понад 1200 членів. У 1929 р. Вільям Велч (W.H. Welch), перший керівник Вищої медичної школи Джона Гопкінса у США, засновник медичної бібліотеки його імені, створив Інститут історії медицини, тепер це департамент Історії науки, медицини і технології Університету Джона Гопкінса. Нині бібліотека Інституту має понад 40000 томів, понад 300 назв журналів, отримує 108 періодичних видань, збирає книги англійською та іншими мовами з історії медицини, соціальної медицини, медичної антропології, з питань мистецтва і медицини, літератури і медицини, релігії і медицини, біоетики і т.д. Протягом 1920-1978 рр. проведено 28 міжнародних конгресів з історії медицини. Створено Міжнародне товариство істориків медицини (ISHM), засновано Міжнародну академію історії медицини (1962).

В кінці ХХ ст. першість у розвитку історії світової медицини перейшла від німецьких шкіл до наукових центрів Великобританії та США.

Серед нових видань з історії всесвітньої медицини можна назвати книги “The Cambridge World History of Human Disease (Cambridge, 1992: 1176 p.), Companion Encyclopedia of the History of Medicine (New York, 1993, 2 vol.), McGrew, Roderic E. *Encyclopedia of Medical History* (New York, 1985. 400 p.), *The Oxford Medical Companion* (New York, 1994). Eckart. *Geschichte der Medizin*, Bernt Karger-Decker. *Die Geschichte der Medizin von der Antike bis zur Gegenwart*. Перелік періодичних видань різних країн з історії медицини може зайняти кілька сторінок.

Історія медицини як наукова дисципліна та предмет викладання в університетах Європи і Америки сформувалася у першій чверті ХХ ст. Професор Лейпцизького університету Сігеріст Генрі Е., досліджуючи у 1925 р. викладання історії медицини в європейських і американських університетах знайшов, що уже тоді викладання історії медицини проводилося в 63 університетах на спеціальних інститутах або кафедрах, у тому числі в Німеччині було 15 кафедр історії медицини, в США – 9, Італії – 8, Польщі – 5, Швейцарії – 3. Історію медицини викладали відомі вчені Габерлінг (Дюссельдорф), Кох (Франкфурт на Майні), Кардіні (Рим), Нойбургер (Відень) та ін. У 1928 р. засновано Медико-історичний періодик “KYKLOS” – щорічник Лейпцизького університету: в Нью-Йорку (США) виходив періодик „Annals of Medical History” (ред. - d-r F.R. Paccard).

У наших сусідів в Ягелонському університеті в Кракові історію медицини як самостійний предмет у 1920 р. почав викладати на медичному факультеті проф. Владислав Шумовський. Він же видав перший польський підручник для лікарів і студентів “Історія медицини” у трьох частинах (“Медицина стародавня”, 1930; “Медицина середньовічна”, 1932 та “Медицина новітня”, 1935) загальним обсягом 675 с. Польське товариство історії медицини засновано в 1924 р., тоді ж почато видавати „Архів історії і філософії медицини”, виходить досі як кварталник. До 1996 р. відбулося 13 з'їздів товариства.

На території України історія медицини як галузь науки і окрема дисципліна у вищих медичних школах пройшла складний шлях. Перші зачатки її знаходимо у медичному класі Києво-Могилянської академії, де започаткував викладання історії медицини в українській вищій школі Петро Пелехін (1790-1871 рр., уродженець Черкащини), професор медичного класу Києво-Могилянської академії, видатний український лікар ХІХ століття, палкий прихильник української культури, один із основних фундаторів НТШ у Львові. Поруч з іншими предметами він викладав студеям Академії «Історію і літературу медицини та висловлювання древніх медичних авторів».

Однак Україна, позбавлена державності, не мала можливості стати на шлях нормального розвитку своєї культури, науки і освіти. Протягом наступних століть поневолення вищі медичні школи знаходилися в руках влади, переважно ворожо налаштованої до культури і мови корінного українського

населення. Згадаймо хоча б Валуєвський та Емський укази царського режиму, ліквідацію польською санаційною владою українських кафедр у Львівському університеті, *numerus clausus* на прийом студентів-українців.

Тривалий час історія медицини, як і всі медичні науки, розвивалася на українській землі неукраїнцями, мовою панівних держав і в їхньому дусі, як російська або польська наука. У Києві з відкриттям в Університеті св. Володимира медичного факультету (яке царська влада довгий час затримувала і який дозволила пізніше відкрити з метою зросійщення краю) почато викладання історії медицини в курсі, що мав назву “Енциклопедія і методологія медицини”. Першу лекцію прочитав 12 вересня 1841 р. професор В.О. Караваєв (1811-1892) – відомий київський хірург, організатор і перший декан медичного факультету.

Статутом 1842 року для університетів Росії в числі медичних наук було запроваджено предмет “Історія і література медицини”. В Університеті св. Володимира пізніше курс історії медицини читали професор Микола Козлов (1814-1889), організатор і перший завідувач кафедри анатомії; Олександр Вальтер (1817-1889, уродженець Естонії), доктор медицини, професор-анатом. Історію медицини викладали також: Христіан Гюббенет (1822-1873) – професор теоретичної хірургії та шпитальної клініки; Карл-Георгій Гейбель (1839-?) – професор фармакології; Фрідріх Мерінг (1822-1887), німець за походженням, доктор медицини, професор кафедри спеціальної патології й терапії; останній опублікував свої лекції з історії медицини окремою книгою. Усі названі професори університету св. Володимира були випускниками Дерптського або Лейпцизького університетів, де було добре поставлено викладання питань історії медицини.

Відомим істориком медицини став Савелій Григорович Ковнер (1837-1896). Він вчився у рабинській школі, був викладачем єврейського училища, опісля закінчив Університет св. Володимира і став земським лікарем, працював довгий час у м. Ніжині та у Києві. Знав багато мов, в тому числі стародавніх, підготував фундаментальні праці з історії медицини Стародавнього Сходу, Греції та Риму, що ґрунтувалися на першоджерелах; йому належать тритомна «Історія медицини» (Київ, 1878-1888), «Історія середньовічної медицини» (Т. 1-2, Київ, 1893).

На українських землях під пануванням Польщі викладання історії медицини започатковано у

Львівському університеті у 1929 р., коли було відкрито кафедру історії медицини. Першим професором історії медицини став Вітольд Зембіцький (1874-1950, уродженець Львова), після закінчення медичного факультету у Львові працював у клініці внутрішніх хвороб, протягом року перебував у закордонних клініках Цюриха, Страсбурга і Парижа. Він відзначався високою ерудицією, заснував часопис «Боротьба за здоров'я» (1917), був редактором «Польської лікарської газети», опублікував багато матеріалів з історії медицини, видав низку бібліографічних та біографічних праць, був співавтором «Польського біографічного словника», автором понад 500 публікацій. Його власна бібліотека нараховувала біля 15 000 назв. Таким був перший і єдиний професор історії медицини у Львівському університеті (1929-1944) та на українських землях взагалі. Ця кафедра перестала існувати у 1944 р., коли В. Зембіцький виїхав до Вроцлавського університету.

Разом з тим, у Галичині з самого початку зародження українських медичних видань і організацій, ще в час панування Австро-Угорської імперії, з'явилися перші українські медико-історичні публікації. У працях Євгена Озаркевича (1861-1916) подані перші відомості з історії вивчення та профілактики інфекційних недуг (починаючи від Гіппократа); Володимир Щуровський (1890-1969) – шеф санітарної бригади Українських Січових Стрільців, пізніше лікар Української Галицької Армії, опублікував спогади про медицину в УГА; Володимир Білозор (1890-1969) – лікар Українських Січових Стрільців та УГА, командант шпиталю в Кам'янці-Подільському, опублікував нариси про медичну службу в роки визвольних змагань. Максим Музика (1889-1972) – доктор медичних наук, відомий мікробіолог, у 1920 р. опублікував велику працю “Розвиток медичної науки і літератури на Україні в 1917-1918 рр.”.

Розпад Російської імперії приніс Україні на деякий час визволення від російського поневолення, настав бурхливий розвиток української медицини, що почався в період УНР і продовжувався протягом десятиріччя «українського відродження». В цей час закладено основи новітньої української історії медицини.

Першим великим медико-історичним дослідженням цього часу є обширна аналітична стаття Овксентія Васильовича Корчака-Чепурківського (1857-1947) “Основні етапи будування та розвитку вищої медичної школи у Києві за перше десятиліття Радянської влади на Україні”. Автор – видатний український гігієніст та демограф, профе-

сор соціальної та загальної гігієни Київського медичного інституту, автор праць з історії земської медицини, епідеміології та профілактики інфекційних недуг, з санітарної статистики; укладач першої номенклатури хвороб українською мовою, один із засновників Української Академії Наук і перший серед медиків академік – дійсний член ВУАН (1921), тісно співпрацював з Михайлом Грушевським. В роки Української національної революції був в числі організаторів медичного факультету Українського державного університету, став його деканом, за Директорії був другим Міністром народного здоров'я і опікування України (1919). Може видатися неймовірним, що він наважувався в той час писати у цій статті про розвиток української національної вищої школи та реалізацію національної ідеї, роль національних принципів, про русифікаторську політику центру і владних структур.

Окремі матеріали з історії медицини публікували в 20-30-ті роки українські лікарі-практики, військові лікарі, науковці, що працювали в період українського відродження. Олександр Митрофанович Пучківський (1881-1937, уродженець Чернігівщини), завідувач кафедри оториноларингології Київського медичного інституту (1921-1937) та засновник першої української наукової школи оториноларингологів, автор перших українських підручників з отоларингології, видатний український вчений світової слави (розстріляний більшовиками у 1937 р.), дослідив історію своєї спеціальності від найдавніших часів, праці давніх та середньовічних авторів, зокрема, письменна часів Київської Русі-України, часів Гетьманщини та ін., опублікував велику працю “Основні дати розвитку отоларингології (ЛОП) в колишній Росії та в СРСР” (1936), в якій навів дані про усіх отоларингологів, які працювали до 1936 р. Ця праця досі залишається унікальною, незамінною для історії медицини. Йому належать обширний “Показчик літератури громадської та народної медицини, гігієни, санітарії та бальнеології України по 1890 рік”, статті про українців, які створювали російську медицину. Матеріали з історії медицини знаходимо в працях Павла Кучеренка, Бориса Кучеренка, Мартирія Галина, Олександра Черняхівського, Івана Базилевича, Михайла Левітського, Олександра Тижненка та ін.

Однак після подій 1917 р. і ліквідації комуністичним режимом університетів та університетської автономії історія медицини як наукова дисципліна в медичних інститутах СРСР потрапила в стан глибокого занепаду. Особливо непривабно виглядає стан історії медицини в СРСР на світовому

фоні. Тут не перекладено жодної однієї із основних зарубіжних книг із всесвітньої історії медицини, перший підручник з історії медицини (за редакцією Б.Д. Петрова) видано тільки у 1954 р. Всесоюзне наукове товариство істориків медицини створено лише у 1946 р., а перший з'їзд товариства проведено тільки у 1973 р. У більшості медичних інститутів (окрім кількох столичних) не було кафедр історії медицини, протягом усього часу існування СРСР в державі не було жодного окремого інституту для дослідження історії медицини.

Щойно в 1935 р. в І Московському медичному інституті створено першу радянську кафедру історії медицини, а тільки в 1940 р. кафедру історії медицини (Центрального інституту удосконалення лікарів у Москві) очолив професор П.Ю. Заблудовський (родом з Поділля). В 40-х роках в Інституті організації охорони здоров'я та історії медицини ім. М.А. Семашка у Москві відкрито невеликий відділ історії медицини, який мав виконувати роль союзного науково-методичного центру. Згодом вийшло декілька підручників та лекцій з історії медицини (Ф.Р. Бородулін і А.Г. Лушнікова, М.П. Мультановський, М.К. Кузьмін, Т.С. Сорокіна). ВАК СРСР включив “Історію медицини” у перелік медичних спеціальностей.

Дещо активніше розвивали історію медицини у Вірменії (Л.Я. Оганесян “Історія медицини у Вірменії”, у 5 частинах, Єреван, 1946), в Грузії (М.Г. Саакашвілі і А.І. Гелашвілі “Історія медицини в Грузії”, М.С. Шенгелія “Історія медицини Грузії”, Тбілісі, 1984).

Занепад історії медицини як наукової дисципліни спостерігався і в медичних інститутах УРСР, в яких у 40-х роках викладали тільки окремі питання історії охорони здоров'я. Відсутня історія медицини у списку кафедр і курсів Київського медичного інституту (1991), хоч в ньому в 1948 р. було створено самостійну кафедру історії медицини, яку очолив доцент Бенюмов Рувим Якович, підполковник медичної служби, який до цього був начальником кафедри санітарної оборони. У 1959 р. кафедру ліквідовано, курс історії медицини передано кафедрі 003. Протягом 1965-1988 рр. цей курс читав доцент І.М. Макаренко, пізніше – доцент М.А. Дяченко, їй же належить остання програма з курсу історії медицини. Курс складався, як правило, із 8 лекцій і 8 семінарських занять та заліку.

Зрозуміло, курс історії медицини радянського періоду був сильно заідеологізований, ґрунтувався на марксистській теорії ворожнечі суспільних груп, про-

повідував вульгарний атеїзм і повністю замовчував роль церкви і монастирів у формуванні закладів опікування та охорони здоров'я, не визнавав ролі меценатства, не було зовсім мови про українських лікарів і українських вчених (поодиноких осіб рідко згадували лише як “вітчизняних” лікарів і учених).

За доби тоталітаризму, зокрема у післявоєнні роки, надруковано чимало книг і статей, в яких керівники медичних установ і відомств з нагоди партійних “свят-річниць” та партійних з'їздів або пленумів рапортували про “розквіт радянської медицини”, що здійснювався “завдяки піклуванню комуністичної партії” та її вождів. Такі заідеологізовані, пропагандистські матеріали, пронизані марксистсько-ленінсько-сталінськими догматами, мають небагато спільного з науковим, об'єктивним викладом розвитку медичної науки і практики, більше утруднюють пізнання історичної правди, ніж сприяють їй. Однак і в цей час були вчені, які старалися максимально об'єктивно на науковому рівні висвітлити матеріали з історії світової та української медицини, глибоко опрацьовували історію своєї спеціальності.

Видатним українським істориком медицини радянського періоду був Сергій Авраамович Верхратський (1894-1988, уродженець Вінниччини), хірург, професор і завідувач кафедри шпитальної хірургії Івано-Франківського медичного інституту (1946-1971). Він походив із сім'ї священика, навчався у Варшавському та Одеському університетах, був учасником визвольних змагань. Людина енциклопедичної ерудиції, автор багатьох наукових праць з різних питань хірургії, дослідник народної медицини; написав ряд праць (деякі з них досі неопубліковані) з історії української медицини, за що його згадували в “ярому націоналізмі”.

Тема його докторської дисертації – «Матеріали з історії медицини на Україні до часів введення земства» (1945). Він автор єдиного підручника з історії медицини українською мовою (видання 1964, 1974, 1983 і 1991 рр.), значно скороченого цензурою. Написав працю «Медичний фольклор на Україні», спогади про визвольні змагання 1918-1919 рр.

Серед вчених, які внесли вклад у розвиток української історії медицини були фахівці різних спеціальностей. Іван Якович Дейнека (1904-1970), уродженець Полтавщини, хірург, ректор Вінницького та Одеського медичних інститутів, опублікував українською мовою “Короткі нариси з історії хірургії в Українській РСР” (співавт. – Ф.С. Мар'єнко). Михайло Сергійович Спіров (1892-1973, уродженець Ни-

жегородської губернії в Росії) – професор, завідувач кафедри анатомії Київського медичного інституту, опублікував книгу “Київська анатомічна школа” (1965). Праці з історії мікробіології опублікував Сергій Степанович Дяченко (1898-1992, уродженець Чернігівщини) – професор-мікробіолог, завідувач кафедри мікробіології Київського медичного інституту. Історії гігієни та інших галузей медицини присвячені статті Сергія Аркадійовича Томіліна (1877-1952) – професора-гігієніста, санітарного статистика, демографа, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту. Праці з історії медицини публікував Лев Іванович Медвідь (1905-1982, уродженець Вінниччини), професор-гігієніст, організатор і директор Всесоюзного інституту гігієни і токсикології пестицидів, полімерів і пластмас. Д.С. Воронцов, В.М. Нікітін та П.М. Серков видали “Нариси з історії фізіології на Україні” (1959), видано “Нариси історії терапії в УРСР” (1959), філолог М.С. Думка з Івано-Франківська видав монографію “Медицина скитів” (1960).

З проголошенням незалежності України почався період розвитку об'єктивної української історичної науки взагалі та історії медицини зокрема. В значній мірі до цього спричинилися нові українські медичні видання, конференції і конгреси, насамперед ті, які організували НТШ, УЛТ, ВУЛТ та СФУЛТ.

Великий вклад у розвиток історії української медицини вносить Любомир Антонович Пиріг – академік АМН України, член.-кор. НАН України, організатор і президент Всеукраїнського лікарського товариства, президент Світової федерації українських лікарських товариств, видатний український вчений-нефролог, заступник директора Українського інституту урології та нефрології, завідувач кафедри нефрології Київської медичної академії післядипломної освіти, народний депутат України (1990-1994). Він організував конференцію “Медицина і українська культура” (1996), часто виступає з актуальними науковими і публіцистичними статтями, видав книгу “Медицина і українське суспільство” (1998).

Державна наукова медична бібліотека України (директор – Р.І. Павленко) видала біобібліографічний словник. “Медицина в Україні. Видатні лікарі. Кінець XVII – перша половина XIX століть. Випуск 1” (1997), містить персоналії кількох сот лікарів, що працювали в Україні, в Росії та в інших країнах. У Києві видано книгу З. Болтарович “Українська народна медицина. Історія і практика” (1994).

Біографічні довідники та історичні матеріали ви-



дали Київський, Львівський, Одеський медичні інститути. Тернопільська та Буковинська медичні академії, в українську медицину повертаються імена репресованих тоталітарними режимами і заборонованих вчених.

Одним із найактивніших істориків медицини в сучасній Україні є Олександр Абрамович Грандо – професор-гігієніст, довголітній завідувач кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я Київського медичного інституту (1972-1990), організатор і директор Національного музею медицини України (з 1974 р.), в останні роки видав низку книг з історії української та світової медицини, заснував (1994) Український історико-медичний журнал “Агапіт”, який видається Центральним музеєм медицини України українською, англійською мовами, резюме – російською. О.А. Грандо належать книги “Подорож у минуле медицини” (1995), “Визначні імена в історії української медицини” (1997). Важливою подією в українській історії медицини стало видання групою авторів за редакцією О.А. Грандо книги “Визначні імена у світовій медицині” (2001), яка містить біля 1300 імен видатних лікарів усіх народів від найдавніших часів до кінця ХХ ст. Безсумнівною заслугою авторів є те, що вперше видана така фундаментальна праця українською мовою, та що в ній, вперше нарівні з російськими, німецькими, французькими та іншими вченими, представлені українські вчені-медики і лікарі-сподвижники.

Окремі матеріали до української історії медицини опублікували О.М. Голяченко, П.С. Мошич, Я. Радиш, Б. Іськів, Ю.К. Дупленко, Г. Аронов, В. Коган, О. Кіцера, Б.П. Криштопа, М.П. Барціховська, А. Кравець та ін. Автором цих рядків відновлено видання “Лікарського збірника НТШ” (1991), підготовлено видання двотомного біобібліографічного довідника Павла Пундія “Українські лікарі” (1994, 1996), видано праці Євгена Озаркевича (1999), книгу “Українські лікарі-вчені першої половини ХХ ст. та їхні наукові школи” (2002), опубліковано кілька десятків статей з питань становлення та історії української медицини.

Українську історію медицини збагачує нині недоступний раніше в УРСР доробок української діаспори, яка в роки панування тоталітарного режиму багато зробила для збереження і розвитку традицій української медицини, її історії. Найвидатнішим істориком української медицини, що працював на еміграції, був Василь Плющ (1903-1976) – професор-фтизіатр, доктор медицини, професор кафедр туберкульозу в Києві (1941), Львові та Братиславі,

активний член УВАН, УВУ, НТШ. Він підготував і опублікував низку фундаментальних праць з історії української медицини, в тому числі дві великі монографії: “Нариси з історії української медичної науки та освіти. Від початків української державності до ХІХ століття. Книга 1.” (1970) та “Нариси з історії української медичної науки і освіти (дев'янадцять і двадцять століття)” (1983). В передмові до другої книжки автор писав: “Ці дві книги нарисів з історії української культури є спробою дати систематизований огляд історії української наукової медицини та медичної освіти. Для повного всебічного висвітлення української медичної науки та освіти, зокрема за останні 75 років, потрібно видати не два чи три томи нарисів, а десятки монографій. Це є завдання істориків медицини на Батьківщині”. З цими словами не можна не погодитись.

У 1975 р. за редакцією В. Плюща вийшла книга “Матеріали до історії української медицини”, т. 1, видана УЛТПА, надрукована в Мюнхені. У 1988 р. в Чикаго вийшов II-й том „Матеріалів до історії української медицини” (головний редактор – д-р Павло Джуль).

Значний вклад в розвиток української історії медицини вніс Геннадій Шульц (1907-?), уродженець Києва, доктор медицини, співробітник Київського бактеріологічного інституту, на еміграції, професор Фордемського університету (Нью-Йорк, США), директор Інституту з вивчення СРСР в Мюнхені, постійний член Міжнародної біографічної асоціації, заступник генерального директора Міжнародного біографічного центру в Кембріджі (Англія), який опублікував понад 200 біографій лікарів і біологів СРСР, близько 200 статей, видав 28 книг-звітів Інституту з вивчення СРСР, що всебічно і об'єктивно висвітлюють різні події та періоди розвитку медицини в СРСР та УРСР. Низку статей про історичні постаті української медицини опублікував у діаспорних українських виданнях Іван Розгін (1897-1972, уродженець Поділля), доктор біологічних наук, професор та ректор Дніпропетровського сільськогосподарського інституту, який у різний час співпрацював з О.О. Богомольцем, П. Кучеренком.

Авторами матеріалів до історії розвитку медицини на західноукраїнських землях у 1939-1944 рр. є Роман Осінчук, Софія Парфанович, Юліан Мовчан та ін.

Із сучасників значний вклад в становлення історії української медицини вносить Павло Пундій (р.н. 1922), уродженець Тернопільщини, лікар загальної практики у США, дійсний член НТШ та

голова його осередку в Чикаго, довголітній директор бібліотеки та архівар УЛТПА. Він опублікував понад 200 статей про українських лікарів у діаспорі, видав 13 книг “Українського медичного архіву”, які містять цінні добірки матеріалів як про окремих українських лікарів і науковців, так і про події із розвитку української медицини. Йому належить укладення унікального двотомного бібліографічного довідника “Українські лікарі” (Львів-Чикаго, 1994, 1996), в якому подані біографічні довідки про понад 1100 українських лікарів – активних учасників громадсько-політичного життя, дипломованих до Другої світової війни, та лікарів діаспори; приведені їх праці, література про них.

Андрій Оларчик (р.н. 1935) – уродженець Перемишля, кардіохірург і науковець у США, написав українською і англійською мовами книгу “Коротка історія медицини” (Чикаго, 1991), в якій виділяє імена, пов’язані з Україною.

Матеріали про розвиток медицини на західноукраїнських землях знаходимо в працях польських істориків медицини ((Galicja pod wzgledem medycznym. Lwow, 1907; W. Zwodziak, 1964-1965; W. Ziembicki, 1991; B. Seida, 1997).

Таким чином, історія медицини в Україні має глибокі традиції, великий, хоч і розрізнений, доробок та значні здобутки. Вона має розвиватися на фундаменті, закладеному як українськими, так і іншими вченими протягом минулих століть, на працях лікарів-науковців в краю та в діаспорі. При цьому потрібна об’єктивна критична оцінка різних періодів її становлення, особливо в часи, коли вона розвивалася іншими мовами, знаходилася під тиском ідеологічних та політичних догм. Отже, ми маємо всі підстави розглядати сьогодення як період праці над завершенням формування української історії медицини як частини нашої історичної науки і самостійної галузі медичних наук.

В зв’язку з цим особливо прикрі дані виявляються при аналізі офіційного статусу історії медицини сьогодні в Україні. Із проголошенням незалежності України справа із викладанням історії медицини у вищих медичних школах нашої держави не тільки не налагодилася за європейським взірцем, але набагато погіршилася. Україна єдина з великих держав, в якій немає жодної спеціальної кафедри історії медицини, досі немає нового підручника з історії медицини, курс історії медицини зник із переліку кафедр і курсів, його, як правило, читають досі за радянськими підручниками викладачі інших дисциплін, яких довантажують годинами і які не ведуть наукової роботи з цієї спеціальності; немає де

підвищувати їх кваліфікацію, не проведено жодної конференції з історії медицини. ВАК України вилучив спеціальність “Історія медицини” із переліку спеціальностей; створилося замкнуте коло: в Україні немає фахівців з історії медицини, тому немає кому готувати спеціалістів і проводити захист дисертацій; а оскільки немає даної спеціальності, то немає і не буде спеціалістів – істориків медицини, які могли б захистити кандидатські чи докторські дисертації.

Необхідно відповідним владним структурам вжити термінових заходів для виведення науки історії медицини з такого вкрай незадовільного стану. Групою професорів, завідувачів кафедр медичних університетів і академій України, обговорено під час ІХ конгресу СФУЛТУ в Луганську та запропоновано такі заходи:

при введенні світового типу стандартів з вищої медичної освіти (на місце існуючих програм і планів) необхідно опрацювати європейського типу стандарт курсу історії медицини із більшою кількістю годин за рахунок інших гуманітарних дисциплін немедичного профілю; відкрити на початок у кількох провідних медичних університетах України кафедри історії медицини (можливо, з приєднанням інших курсів); організувати підготовку кваліфікованих спеціалістів з історії медицини через аспірантуру та інститут здобувачів, а також налагодити післядипломну підготовку викладачів історії медицини. МОЗ України варто розглянути можливість виділення гранту для якнайшвидшого написання найбільш підготовленими фахівцями українського підручника з історії медицини.

В Україні, як це є в інших державах, потрібно заснувати спеціальне періодичне видання з історії медицини, яке виходило б 2-4 рази у рік та висвітлювало процес становлення в Україні історії медицини як науки, проблеми викладання історії медицини у вищих та середніх медичних закладах, публікувало праці з всесвітньої історії медицини та історії медицини в Україні.

Нещодавно нам стало відомо, що ВАК України розглядає питання про відновлення спеціальності “Історія медицини”.

Повноцінне вивчення історії медицини студентами медичних університетів і академій вже з перших кроків навчання має величезне значення для формування майбутнього лікаря-патріота, дозволяє прищеплювати їм ідеї гуманізму, самопожертвування, відданості професії, на прикладі попередників виховувати поняття лікарської етики, честі і непідкупності, що в наш час особливо актуально.