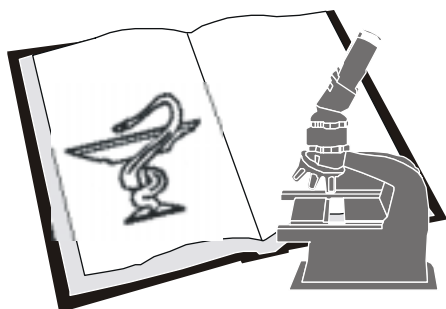


*Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУК - ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

- ❖ ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
- ❖ ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ
- ❖ ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ
- ❖ З ІСТОРІЇ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ



*Ministry of Public Health of Ukraine
Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky
Kyiv Medical Academy of Post-Graduate by P.L. Shupyk*

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC - PRACTICAL JOURNAL

1/2005

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор
Вороненко Ю.В.
Заступник головного редактора
Ковальчук Л.Я.
Заступник головного редактора
Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.
Вдовиченко Ю.П.
Волосовець О.П.
Гойда Н.Г.
Гощинський В.Б.
Гребеник М.В.
Завальнюк А.Х.
Закалюжний М.М.
Зозуля І.С.
Криштопа Б.П.
Мазур П.Є.
Масик О.М.
Мисула І.Р. – відповідальний редактор
Мінцер О.П.
М'ясников В.Г.
Поляченко Ю.В.
Посохова К.А. – відповідальний секретар
Рудик Б.І.
Савчак В.І.
Скакун М.П.
Файфура В.В.
Харченко Н.В.
Хміль С.В.
Шкробот С.І.
Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)
Бабанін А.А. (Сімферополь)
Балл Г.О. (Київ)
Бондаренко О.Ф. (Київ)
Богатирьова Р.В. (Київ)
Буларчук Л.Ф. (Київ)
Гончарук Є.Г. (Київ)
Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)
Запорожан В.М. (Одеса)
Зіменковський Б.С. (Львів)
Казаков В.М. (Донецьк)
Ковешніков В.Г. (Луганськ)
Максименко С.Д. (Київ)
Мороз В.М. (Вінниця)
Нейко Є.М. (Івано-Франківськ)
Орбан-Лембрик Л.Е. (Івано-Франківськ)
Пішак В.П. (Чернівці)
Портус Р.В. (Запоріжжя)
Проданчук М.Г. (Київ)
Скрипніков М.С. (Полтава)
Сливка В.Ю. (Ужгород)
Туманов В.А. (Київ)
Хвисюк М.І. (Харків)
Циганенко А.Я. (Харків)
Чернищенко Т.І. (Київ)
Черних В.П. (Харків)
Чепелева Н.В. (Київ)
Яценко Т.С. (Черкаси)

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

Відповідно до постанов Президії ВАК України
№ 2-05/9 від 14.11.01 р. та № 1-05/1 від 15.01.02 р.
журнал “Медична освіта” внесений до переліку фахових
видань, в яких можуть публікуватися результати
дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня
кандидата і доктора медичних наук та психологічних
наук.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медична освіта”
Видавництво “Укрмедкнига”
Майдан Волі, 1
м. Тернопіль, 46001
УКРАЇНА

Тел.: (0352) 22-97-29

Факс: (0352) 22-41-83

E-mail: mededu@tdma.edu.te.ua

<http://www.tdma.edu.te.ua>

За зміст рекламних матеріалів
відповідальність несе рекламодавець.
При передруці або відтворенні повністю чи
частково матеріалів журналу “Медична освіта”
посилання на журнал обов'язкове.

Затверджено вченою радою Тернопільської державної
медичної академії ім. І.Я. Горбачевського
(протокол № 10 від 12.03.2002 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

Видавництво “Укрмедкнига”

Редактор	Котульська О.П.
Технічний редактор	Демчишин С.Т.
Коректор	Капкаєва Л.П.
Комп'ютерна верстка	Левченко С.В.
Художник	Кушик П.С.

Підписано до друку 3.08.2004. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 5,58. Обл.-вид.арк. 5,71.
Наклад 300. Зам. № 47.

Надруковано в друкарні
видавництва “Укрмедкнига”
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

<i>М.П. Скакун</i> ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА: ЩО, ДЕ І ЯК ВИКЛАДАТИ У МЕДИЧНИХ ВНЗ	4
<i>І.Р. Мисула, А.О. Голяченко, В.І. Мартинюк, Т.Г. Бакалюк</i> РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЇЇ МІСЦЕ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	10
<i>Л.Г. Селіхова</i> ДВА ІСТОТНІ КРОКИ УКРАЇНИ ДО БОЛОНСЬКОЇ СПІВДРУЖНОСТІ	13
<i>Ю.М. Нерянов, Л.М. Боярська, І.В. Солодова, С.М. Недельська, Ю.В. Котлова</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ	16
<i>Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін</i> РОБОТА КАБІНЕТУ АНАТОМІЇ І ФІЗІОЛОГІЇ У ВНЗ І – П РІВНІ В А КРЕДИТАЦІЇ	19
<i>В.Б. Гоцинський, Н.Є. Боцюк, М.В. Бойчак, І.О. Боровик, С.М. Бутвин</i> ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ З СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: ДОСВІД ТА ПРОБЛЕМИ	21
<i>С.П. Московко</i> ВИКЛАДАННЯ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ РІВНІ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	23
<i>С.І. Жмурський</i> МОДЕЛЮВАННЯ ПРИВИВЧЕННІ ФІЗИКИ	29
<i>І.Г. Савка, О.Ф. Кулик</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “ПЕДІАТРІЯ”	35
<i>Є.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, І.М. Островський, Т.П. Борисова, М.С. Острополец</i> ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ВИПУСКАЮЧІЙ КАФЕДРІ ДОНДМУ З РОЗДІЛУ “ДИТЯЧА КАРДІОРЕВМАТОЛОГІЯ”	37
<i>Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, В.О. Лихацька</i> КАРДІАЛГІЇ: НОВА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ В ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ	39
<i>В.С. Василик, І.Д. Кухар</i> ВИНИКНЕННЯ І РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КУРІННЯ В ЗВ’ЯЗКУ З ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ МІСЬКИХ ШКОЛЯРІВ	43
РЕЦЕНЗІЯ	46

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК 616, 1/4 (07,07)

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА: ЩО, ДЕ І ЯК ВИКЛАДАТИ У МЕДИЧНИХ ВНЗ

М.П. Скакун

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

EVIDENCE-BASED MEDICINE: WHAT, WHERE AND HOW TO TEACH IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

M.P. Skakun

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті представлено матеріали щодо підготовки до введення основ доказової медицини в навчальний процес медичних ВНЗ. Багато уваги приділено провідним принципам цього стратегічного напрямку медичної науки і клінічної практики.

This article presents the materials concerning preparation to the introduction of Evidence-Based Medicine principles into the educational process of higher medical educational establishments. Special attention is paid to the leading principles of this strategic direction of medical science and clinical practice.

Вступ. Доказова медицина за півтора десятка літ свого існування перетворилась в стратегічний напрямок медичної науки і клінічної практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації і зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве покращання діагностики, профілактики, лікування і прогнозу захворювання, оптимізацію діяльності органів охорони здоров'я [3]. Як засвідчує світовий досвід, завдячуючи досягненням доказової медицини, науковці і практичні лікарі, не зважаючи на регіон проживання (у сільській місцевості або в обласному центрі) і місце роботи (на лікарській дільниці чи в столичній лікарні), отримали унікальну можливість раціонально поєднувати світові здобутки в діагностиці і лікуванні хворих із власним досвідом, постійно підвищувати свій професіоналізм. В результаті цього з'явилися реальні перспективи для значного зростання ефективності і безпечності будь-яких втручань, зокрема фармакотерапевтичних, хірургічних, фізіотерапевтичних тощо [1,4].

Тому вивчення основ доказової медицини, особливо в країнах, у яких вона ще не введена, як, наприклад, у більшості країн пострадянського простору, включаючи Україну, слід починати вже з молодших курсів медичних ВНЗ. Загальновідомо, що простіше навчити студента будь-чому, ніж потім переучувати лікаря.

Основна частина. Розпочали цю роботу з публікації в обласній газеті "Медична академія" ряду оглядових статей, зокрема: "Доказова медицина – веління часу", "Доказова медицина – практичним лікарям", "Доказова медицина удосконалює фармакотерапію", "Клінічна епідеміологія як методологічна основа доказової медицини", "Навіщо студентам доказова медицина?" та ін. Поряд з цим, рішенням ректорату університету, був створений навчальний семінар, на якому викладачі знайомилися з такими проблемами доказової медицини як "Визначення поняття Evidence-Based Medicine, її виникнення, завдання і основні здобутки", "Основи клінічної епідеміології", "Клінічна апробація та клінічні випробування лікарських засобів", "Клінічні рекомендації, систематичні огляди та літературні дайджести", "Сучасні методи математичного аналізу результатів клінічних досліджень", "Доказова медицина як фактор реформування і вдосконалення національних систем охорони здоров'я", "Діагностика захворювань з позицій доказової медицини", "Формулярна система та алгоритми фармакотерапії" та ін. (всього 10 занять).

Але цих заходів виявилось недостатньо. Тому ми продовжили роботу створенням навчального посібника і брошури під назвою "Основи доказової медицини", створенням і оприлюдненням міждис-

© М.П. Скакун

циплінарної навчальної програми, а також методичних рекомендацій із викладання основ доказової медицини у ВНЗ.

Як відомо, інтереси студентів щодо різних проблем медицини визначаються послідовністю введення в навчальний процес спочатку фундаментальних, потім клінічних дисциплін. На молодших курсах їх у першу чергу цікавлять нормальна фізіологія, анатомія, біохімія та інші фундаментальні дисципліни. Ці предмети визначають науковий світогляд студентів і переважно індуктивний метод мислення. Таке навчання виховує впевненість в тому, що розуміння деталей патологічного процесу у хворих у кінцевому результаті складає суть лікування. Звідси, знаючи механізми розвитку захворювань, можна передбачити їх перебіг, як і відповідне лікування.

На молодших курсах студенти-медики дуже рідко звертаються до оригінальних джерел інформації щодо конкретних захворювань. Адже від них у цей час не вимагається брати на себе відповідальність за обслуговування хворих у стаціонарі і вирішувати пов'язані з цим проблеми. Лише після ознайомлення із загальними патофізіологічними і біохімічними механізмами окремих захворювань студенти вдаються до вивчення прогнозу, існуючих методів лікування і профілактики. І нарешті, при серйозному зіткненні з проблемами лікування конкретних хворих вони починають цікавитися такими питаннями, як, наприклад, особливості перебігу цукрового діабету у людей різного віку, причини виникнення у них поліурії, можливі підходи до лікування тощо. Появляється необхідність в пошуку новітньої інформації для прийняття конкретних клінічних рішень, звичайно, як доповнення до підручників і довідників.

Студентам слід засвоїти і постійно пам'ятати провідну вимогу клінічної епідеміології, що будь-яке рішення повинно ґрунтуватись на наукових фактах, отриманих у процесі проведення клінічних досліджень на людях. Вони, тим більш практичні лікарі, повинні постійно цікавитись розвитком медичної науки і клінічної практики. Але в пошуках відповіді на виникаючі питання студенти і лікарі нерідко стикаються із суперечливою інформацією. Тому вони зобов'язані опанувати методіку критичного аналізу будь-яких джерел наукової інформації і постійно використовувати її у повсякденній роботі. Слід пам'ятати, що вагомість кожного положення чи факту тим вища, чим суворіша

методика дослідження, в ході якого вони були отримані. Виходячи з цього, кожен студент повинен якомога чіткіше засвоїти культуру клінічної оцінки наукових публікацій: для будь-якого медичного працівника навика критичної оцінки інформації такі ж важливі і необхідні, як наприклад вміння аускультувати хворого.

Це необхідно засвоїти ще й тому, що доказова медицина в ідеологічному плані різко підняла престиж і, зрозуміло, відповідальність лікаря. Якщо раніше упродовж століть в основі клінічних рішень медичних працівників були лише думки авторитетів чи традиції, то тепер провідна роль належить лікарю – відповідальній, компетентній, інформованій і критично думаючій особі.

В наш час у науковій медично-практичній літературі нерідко зустрічаються такі вирази, як “з позицій доказової медицини”, “на засадах доказової медицини”, “виходячи з принципів доказової медицини” тощо, без чіткого визначення, про що йде мова? Навіть при особистому спілкуванні з авторами таких публікацій отримати конкретну відповідь не так-то просто. Тому слід чітко визначитись щодо провідних засад (позицій, принципів) доказової медицини [2]. На наш погляд, провідними слід вважати наступні 10 принципів.

Принцип використання наукової медичної інформації лише найвищого рівня доказовості, яка зосереджена, перш за все, в результатах рандомізованих контрольованих випробуваннях на людях, меншою мірою в когортних та інших дослідженнях, і узагальнена в клінічних рекомендаціях, систематичних оглядах, мета-аналізах, міжнародних консенсусах тощо. Це провідний принцип доказової медицини, без якого вона існувати не може. Використання його на практиці сприяє значному покращанню результатів наукових досліджень, підвищенню ефективності діагностики, профілактики і лікування хворих, оптимізації діяльності державних органів охорони здоров'я, “очищенню” практичної медицини від малоефективних, навіть шкідливих медичних втручань.

Принцип постійного оновлення інформації щодо медичної науки і клінічної практики, що забезпечує прискорення використання її для оптимізації діагностичного процесу, підвищення ефективності і безпечності будь-яких медичних втручань. Цьому сприяє створення електронних баз даних, доступ до яких здійснюється за рахунок мережі Інтернет, і часте перевидання сучасних провідних та інших форм друкованих видань.

Принцип постійного знайомства всіх учасників медичної галузі з досягненнями науки і практики з метою повсякденного контролю своєї діяльності шляхом зіставлення із світовими здобутками, що сприяє як покращанню результатів наукових і клінічних досліджень, так і підвищенню професіоналізму науковців, практичних лікарів і працівників державних органів охорони здоров'я всіх рівнів. Для цього ще в студентські роки необхідно оволодіти методикою пошуку, аналізу і можливого використання кращих технологій отриманих із засобів періодичного друку та електронних баз даних, у своїй практичній діяльності. Тому комп'ютер у повсякденній роботі лікарів, навіть студентів, мусить стати обов'язковим атрибутом, як і фонендоскоп, медичний манометр, термометр.

Принцип оптимальної діагностичної доцільності, що передбачає максимальне використання всіх сьогодні прийнятих методів дослідження хворих, зокрема анамнестичних, фізикальних, інструментальних і лабораторних, причому в єдиному діагностичному комплексі. Саме такий підхід гарантує лікарю максимальну широту додаткового діагностичного пошуку відповідно до конкретного хворого. Уже на III курсі, починаючи з кафедри пропедевтичної терапії, на конкретних клінічних синдромах слід ознайомити студентів з адекватним набором досліджень, повідомити про їх діагностичну цінність. Неповнота розпитування або об'єктивного обстеження хворих розглядається як серйозна помилка, бо вона призводить до неправильного обслуговування хворих, включаючи лікування.

Принцип раціональної фармакоterapiї як основи для індивідуальних програм високоефективного, безпечного і економічно виправданого лікування будь-якого захворювання. Він ґрунтується на оптимальному використанні трьох груп лікарських засобів і реанімаційних заходів (алгоритм фармакоterapiї): 1) основних (базових) препаратів, які здатні докорінно змінити перебіг захворювання, стабілізувати його розвиток, ліквідувати небезпечні прояви, попередити катастрофу; 2) препаратів за спеціальними показаннями при наявності у хворих клінічно загрозливих синдромів, ускладнень, загострень супутніх захворювань, що також потребує медикаментозного втручання (часто це енцефалопатії чи коми, порушення дихання або серцево-судинної, печінкової чи ниркової недостатності тощо);

3) додаткових засобів, які вводяться в програми лікування з метою завершити фармакоterapiю гострих захворювань або забезпечити тривалу ремісію хронічних.

Принцип науково-обґрунтованого прогнозу у конкретного хворого. Він ґрунтується на результатах рандомізованих контрольованих і когортних досліджень, а також досліджень типу "випадок-контроль". Прогноз, тобто передбачення можливих клінічних наслідків захворювання і ймовірність їх виникнення в майбутньому, у конкретного хворого встановлюється шляхом зіставлення проявів його захворювання з аналогічними у інших пацієнтів, інформація про яких знаходиться у електронних базах даних і у засобах друкованого слова. Він (тобто прогноз) необхідний для прийняття оптимальних рішень лікарями щодо тактики обстеження і лікування конкретного хворого, а також для інформування пацієнтів щодо подальшого перебігу їх захворювання, наслідків тощо.

Принцип постійного підвищення безпеки медичних втручань (діагностичних, медикаментозних, хірургічних, організаційних), яка досягається проведенням таких же клінічних досліджень, як і досліджень щодо встановлення їх ефективності (краще всього рандомізованих контрольованих клінічних випробувань).

Принцип мінімізації економічних затрат на діагностику і лікування захворювань, виходячи із соціальних умов і клінічної практики, що склалися, із можливостей держави і пацієнтів. Економічне забезпечення лікування будь-якого пацієнта повинно ґрунтуватись на консенсусі практичного лікаря, хворого і фармацевта. Втручання в лікувальний процес аптєчних працівників недопустиме, адже відповідальність за наслідки лікування несе лікар, а не фармацевт.

Принцип постійної оптимізації діяльності національних систем охорони здоров'я з метою раціонального використання державних ресурсів і можливостей пацієнтів, організації перспективних національних проектів і програм, спеціальної підготовки та перепідготовки кадрів тощо.

Принцип міжнародної стандартизації медичних втручань з метою використання в медичній практиці лише найбільш ефективних, безпечних і економічно виправданих методів лікування, профілактики і діагностики, як і медикаментозних засобів, методів лікувальних втручань.

Принцип колективної відповідальності за високу ефективність діагностики і лікування (особливо таких поширених захворювань, як інсульт, інфаркт міокарда, гострі отруєння токсичними речовинами тощо) лікарів, пацієнтів, клінічних фармацевтів і фармакологів, спеціалізованих бригад медичних працівників.

Всі ці принципи доказової медицини постійно повинні перебувати в полі зору викладачів усіх кафедр медичних ВНЗ, особливо клінічних.

Мабуть, в наших умовах викладання основ доказової медицини у ВНЗ слід зосередити не на спеціально створених кафедрах, а на тих теоретичних підрозділах, які мають безпосереднє відношення до відповідних положень і засад доказової медицини, а також на всіх клінічних. Зокрема, такими підрозділами медичного ВНЗ повинні стати кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я, інформатики, базової й клінічної фармакології, патологічної фізіології і, звичайно, всі клінічні кафедри, особливо терапевтичного профілю.

Так, провідні проблеми клінічної епідеміології, як методологічної основи доказової медицини, на наш погляд, слід викладати на кафедрі патологічної фізіології і клінічної фармакології. Методи біостатистики, критерії достовірності, пошук інформації в електронних базах даних студенти зможуть опанувати на кафедрі інформатики, а способи узагальнення результатів клінічних втручань, удосконалення діяльності органів охорони здоров'я, фінансове забезпечення та ін. – на кафедрі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. На кафедрах фармакології і клінічної фармакології студенти зможуть ознайомитись з методологією і принципами клінічних випробувань лікарських засобів, сучасними формами і джерелами інформації з проблем доказової медицини і, звичайно, з комплексом питань щодо формулярної системи.

Більш детальний розподіл програмного матеріалу за основами доказової медицини на вказаних кафедрах повинен здійснюватись їх колективами, згідно з типовими програмами і планами. Окремі питання можуть висвітлюватись на лекціях (в контексті з темою), а також на практичних заняттях, краще колективному обговоренні ситуаційних задач, тестового контролю тощо.

Клінічні аспекти доказової медицини слід викладати на всіх клінічних кафедрах, починаючи з кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань, де закладаються основи діагностики. Якраз у цьому плані підготовка лікарів у ВНЗ залишається

недостатньою. Зокрема, багато молодих лікарів у діагностиці перевагу надають лабораторним і інструментальним методам дослідження хворих, вважаючи їх більш інформативними і чутливими порівняно з клінічним обстеженням – анамнестичним і фізикальним. Тому-то нерідко в історіях хвороби, замість даних щодо спостереження за хворими, оцінки їх стану, психічного і фізичного здоров'я, приводяться лише результати численних аналізів. Але переоцінювати їх не слід, тим більше ігнорувати клінічне обстеження, зокрема, огляд хворого, пальпацію, перкусію, аускульту.

Слід постійно переконувати студентів, що клінічне дослідження пацієнтів завжди повинно бути у свідомості лікарів провідним (і вихідним) стандартом їх фахової діяльності. Такий підхід гарантує лікарям максимальну широту додаткового діагностичного пошуку, адекватне лікування хворих, попереджує негативні наслідки. З іншого боку, не слід недооцінювати лабораторно-інструментальні дослідження. Тому вже на III курсі медичного ВНЗ необхідно знайомити студентів з адекватним захворюванню набором досліджень, звертати увагу на їх діагностичну цінність тощо.

Так, розповідаючи про болі в ділянці серця, вкрай важливо відмітити, що в синдром кардіалгії входить велика кількість захворювань, зокрема: серцево-судинної, дихальної, травної, нервової, кістково-суглобової, м'язової систем, органів середостіння. Для уточнення характеру ураження дуже важливе значення має розпитування хворих, а також фізикальне дослідження. Вони дозволяють окреслити коло найбільш ймовірних захворювань, а нерідко і поставити правильний діагноз. В свою чергу, для диференціальної діагностики всередині синдрому кардіалгії може використовуватись багато допоміжних методик, зокрема загальний аналіз крові, ліпідний спектр, рівень глюкози в крові, стандартна ЕКГ, рентгенографія грудного і шийного відділів хребта та ін.

Демонстрація на конкретних прикладах взаємозв'язку між окремими скаргами хворих або фізикальними проявами і даними додаткових методів дослідження сприятиме алгоритмізації діяльності студентів і лікарів, використання у практичній роботі принципу діагностичної доцільності. Майбутніх лікарів слід навчити думати і оперувати не окремими скаргами чи проявами захворювання, а алгоритмами, тобто єдиними взаємопов'язаними комплексами тих чи інших змін в організмі. Це вкрай важливо, адже мислення алгоритмами формує професіоналізм лікарів.

На клінічних кафедрах, особливо терапевтичного профілю, багато уваги слід приділяти фармакотерапії – провідному методу лікування. Як відомо, в навчальному плані шлях до фармакотерапії пролягає через базову фармакологію і фармакологію клінічну. На кафедрі загальної і спеціальної фармакології студентам надається можливість оцінити фармакологічні властивості найбільш важливих груп лікарських засобів та їх роль в медичній практиці, для цього їм необхідно засвоїти:

- основи рецептології і загальні закономірності взаємодії лікарських засобів із провідними структурами живого організму;
- особливості фармакокінетики і фармакодинаміки основних груп лікарських засобів;
- закономірності взаємодії ліків на фармацевтичному, фармакокінетичному і фармакодинамічному рівнях;
- основи медикаментозної токсикології;
- ознайомитись з різними видами лікарських форм.

На кафедрах (курсах) клінічної фармакології, як важливого етапу переходу до клінічної практики, студенти отримують навички щодо оцінки корисних і шкідливих ефектів лікарських засобів, для чого зобов'язані:

- навчитись прогнозувати тривалість і вираженість клініко-фармакологічних ефектів ліків;
- оволодіти основами клінічних випробувань лікарських препаратів, оцінкою їх результатів і підходами до використання;
- навчитись діагностувати побічні ефекти ліків і приймати рішення після їх виявлення, особливо коли вони серйозні.

Однак значний розрив у часі між курсом базової фармакології, з одного боку, і курсом клінічної фармакології та клінічними дисциплінами, з іншого, не сприяє формуванню у студентів твердих знань щодо причинно-наслідкових зв'язків між властивостями і дією лікарських засобів в умовах патології. Крім того, годин, які виділяються навчальним планом, явно недостатньо для ґрунтовного засвоєння таких провідних проблем лікознавства, як фармакодинаміка і фармакокінетика, побічна дія, лікарська резистентність тощо.

Все це негативно відбивається на якості фармакотерапії, яку випускники медичних ВНЗ в змозі надавати хворим. Не покращує справу активне “наставництво” старших колег по лікувальній установі. Тому вихід із такої ситуації вбачається у

новому підході до навчання у вигляді доказово обґрунтованої і проблемно-орієнтованої практичної (раціональної) фармакотерапії. Такий підхід реально можливий за умови, коли студенти у медичному ВНЗ навчаються:

- об'єктивно оцінювати вплив будь-яких факторів на здоров'я пацієнтів, перш за все, соматичних, психологічних і соціальних;
- раціонально відбирати лікарські засоби з метою створення індивідуальних програм високо-ефективної, безпечної і економічно виправданої фармакотерапії;
- кваліфіковано інформувати своїх пацієнтів щодо принципів призначеної їм фармакотерапії, способів приймання ліків, їх небажаних проявів, можливого погіршення стану здоров'я, потенційних економічних затрат на лікування тощо;
- об'єктивно визначати соматопсихологічний (найближчий та віддалений) прогноз стану здоров'я пацієнтів;
- передбачувати наступну стратегію лікування (включаючи можливу заміну лікарського препарату, перехід на іншу програму чи інші методи лікування та ін.).

Всі ці положення слід покласти в основу проблемно-зорієнтованого навчання студентів у медичних ВНЗ, кінцевою метою якого повинна стати підготовка лікаря, здатного завжди знайти найбільш раціональний (з точки зору лікування і економіки) і гуманний шлях у взаємовідносинах із пацієнтом. Лише такий принцип підготовки медичних фахівців повинен стати обов'язковим не тільки для лікарів загальної практики, але й сімейних, швидкої допомоги, реаніматологів та ін.

Особливістю раціонального, доказово обґрунтованого підходу, який за останні роки розвивається практикою проблемно-орієнтованого навчання, вважається акцент на майбутнє проведення реальної терапевтично-ефективної допомоги пацієнтам у будь-якій клінічній ситуації. Тут формування окремих навичок малоефективне, бо вони можуть бути корисними лише у типових клінічних випадках. В цьому полягає суттєва перевага проблемно-орієнтованої освіти перед дидактичною.

У процесі вивчення студентами основ доказової медицини на всіх кафедрах, особливо клінічних, необхідно постійно орієнтувати їх на необхідності:

- лише раціонального відбору і використання лікарських засобів для фармакотерапії, їх обґрунтування на засадах доказової медицини;
- розглядати конкретні клінічні ситуації у

колективі лікарів, причому в різних аспектах раціонального призначення лікарських засобів, їх моніторингу і принципу медикаментозної заміни;

- постійно пам'ятати і нагадувати тим, хто навчається, що раціональна фармакотерапія – це не тільки використання ліків, але й, при необхідності, мотивована відмова від них;

- пам'ятати про постійно існуючу дилему практичної фармакотерапії: пацієнт завжди вимагає від лікаря найкращий лікарський препарат, а у провізора – найдешевший!

У процесі навчання у медичному ВНЗ кожен студент повинен оволодіти наступними навичками і вміннями з основ доказової медицини:

- засвоїти основні принципи і технологію пошуку наукової інформації у фахових журналах, її оцінки, узагальнення і прийняття рішення щодо можливості використання на практиці;

- оволодіти технікою комп'ютерного пошуку інформації в електронних базах світу, кокранівських бібліотеках, через відповідні загальні і фахові сайти;

- оволодіти технологією написання повідомлення для журналу за фахом, доповіді на засідання наукового гуртка чи конференції, оформлення навчальної історії хвороби;

Література

1. Медведь В. Как применять лекарства во время беременности: по международному протоколу или по инструкции к препаратам // Вісник фармакології та фармації. – 2004. – № 11. – С. 30-34.

2. Передерий В.Г., Ткач С.М., Швець О.В. Современные представления о лечении язвенной болезни с точки зрения принципов доказательной медицины // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – № 3 (9). – С. 18-20.

- оволодіти принципами створення алгоритму будь-якого захворювання і на його основі – індивідуальної програми лікування згідно з принципами доказової медицини;

- оволодіти навиками використання світового досвіду щодо профілактики, лікування і діагностики, як і адаптації його відповідно до соціально-економічного стану, що склався в Україні.

Таким чином, введення основ доказової медицини в навчальний процес – дуже важлива і вкрай необхідна робота викладацьких колективів усіх медичних ВНЗ країни. Викладання цього напрямку медицини сприятиме значному покращанню підготовки молодих фахівців.

Висновки: 1. Введення основ доказової медицини в навчальний процес медичних ВНЗ слід проводити після ґрунтовного ознайомлення викладачів усіх кафедр з основами цього стратегічного напрямку медицини.

2. Викладання основ доказової медицини проводити на відповідних фундаментальних та усіх клінічних кафедрах згідно з їх робочими програмами і навчальними планами.

3. Скакун М.П. Основи доказової медицини – у навчальний процес // Медична освіта. – 2004. – № 2. – С. 10-12.

4. Уваренко А.Р., Балицкая О.В. Доказательная медицина: мода или необходимость? (О новом в медицинском науковедении и управлении здравоохранением) // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3-4. – С. 38-44.

УДК 616.1/4-039.76 (07.07)

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЇЇ МІСЦЕ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ**І.Р. Мисула, А.О. Голяченко, В.І. Мартинюк, Т.Г. Бакалюк***Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського***REHABILITATION AND ITS PLACE IN SYSTEM MEDICAL STUDIES****I.R. Mysula, A.O. Golyachenko, V.I. Martynjuk, T.G. Bakaljuk***Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

Реабілітація хворого є важливою ланкою кожної клінічної дисципліни. Вона займає велике місце в діяльності кожного лікаря, а сама проблема реабілітації є актуальною соціально-медичною проблемою. Реабілітація є складовою первинної медико-санітарної допомоги.

Rehabilitation of the patient is the important part of each clinical discipline. It takes the big place in activity of each doctor, and the problem of rehabilitation is an actual social - medical problem. Rehabilitation is a component of the primary medico-sanitary help.

Вступ. Проблеми медичної допомоги в Україні є надзвичайно гострими і болючими. Необхідність її реформування очевидна. Це стосується у великій мірі і системи підготовки кадрів у вищих навчальних закладах. Свідченням цього стала публікація статті міністра охорони здоров'я України чл.-кор. АМН України, проф. М. Поліщука „Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі” [1].

Основна частина. Вважаємо, що настав час визначити місце кожної із дисциплін, і зокрема реабілітації, в системі первинної медико-санітарної допомоги населенню України із врахуванням світових тенденцій. Зупинимось на окремих питаннях медичної реабілітації та підготовки лікарів із даної дисципліни. Реабілітація непрацездатних в останні десятиліття займає одне із центральних місць в системі світових медико-соціальних проблем. Цьому сприяє також та черговість завдань та політики, що їх проводить ВООЗ стосовно попередження інвалідності та реабілітації. Цей підхід полягає в прийнятті концепції первинної медико-санітарної допомоги як основи будь-якої національної системи охорони здоров'я і її складової реабілітації. Тому і перед українською охороною здоров'я постав ряд проблем: як здійснювати реабілітацію в умовах місцевої служби, особливо в межах первинної медико-санітарної допомоги, як включити розділ реабілітації в діяльність національної системи медичного обслуговування та як

підготувати для роботи в ній відповідних фахівців.

Зупинимось на процесі інвалідизації. Традиційна модель захворювань може розглядатися наступним чином: етіологія → патологія → прояви.

Захворювання перешкоджає інвалідові виконувати очікувані від нього функції та обов'язки; хворий не в змозі стабільно виконувати звичну йому соціальну роль. Таким чином, наслідки, пов'язані із захворюванням, є ніби продовженням процесу:

Захворювання → порушення функції → інвалідність → фізичні та інші дефекти.

Складові даного ланцюга.

Порушення функції – будь-яка втрата чи патологія психічної, фізіологічної або анатомічної структури чи функції.

Інвалідність – обмеження або втрата здатності виконувати діяльність в тій формі чи об'ємі, які прийнято вважати нормальними для людини.

Фізичні та інші дефекти – дефекти в особі, що виникають внаслідок порушення функції чи інвалідності і які обмежують або перешкоджають виконувати властиву їй роль в суспільстві.

Реабілітація включає в себе заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих факторів та умов, які призводять до фізичних та інших дефектів, та забезпечує інвалідам можливість досягти соціальної інтеграції [2].

Ще в 1977 р. Всесвітня асамблея організації охорони здоров'я проголосила, що “основне завдання урядів та ВООЗ полягає в досягненні такого рівня здоров'я, яке дозволить всім людям жити продуктивно в соціальному та економічному відношенні” (резолуція WHA 30.43). Водночас було проголошено, що знаряддям для досягнення

цієї мети є первинна медико-санітарна допомога. Оскільки “здоров’я для всіх” включає попередження інвалідності та реабілітацію, то первинна медико-санітарна допомога як засіб для досягнення цієї мети є її загальним підходом ВООЗ до попередження інвалідності та проведення реабілітації [3].

Первинна медико-санітарна допомога включає основні медико-санітарні заходи, які доступні усім людям та сім’ям і ґрунтуються на застосуванні практичних, науково обґрунтованих та соціально прийнятних методах та технологіях, при витратах в межах матеріальних можливостей країни. Первинна допомога складає невід’ємну частину національної системи охорони здоров’я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральною ланкою. Вона є першим рівнем контакту кожної людини із національною системою охорони здоров’я і максимально наближає медико-санітарну допомогу до місця проживання та роботи людей. Первинна медико-санітарна допомога спрямована на вирішення основних медико-санітарних проблем в суспільстві та забезпечує відповідні служби оздоровлення, профілактики, лікування та реабілітації. Основною діючою особою первинної допомоги є лікар загальної практики.

Проведення реабілітації із використанням первинної медико-санітарної допомоги вимагає створення служби реабілітації на комунальному рівні з метою повного охоплення населення. Відповідно до цього слід реорганізувати та переорієнтувати існуючу структуру та порядок роботи і підготовки кадрів для національної служби охорони здоров’я, щоб впровадити дані підходи і стратегії.

Вдосконалення та розвиток методів реабілітації в останні десятиліття призвів до розширення понять інвалідності та реабілітації. Розширення понять означає охоплення реабілітацією не лише осіб із моторними чи сенсорними порушеннями, але й осіб із розумовою відсталістю, хворих із психічними розладами [4], хронічними серцево-судинними [5] та легеневиими захворюваннями, хронічними шлунково-кишковими розладами, захворюваннями шкіри, раком, хронічним больовим синдромом [6], при захворюваннях нервової системи [7], особливо хворих, що перенесли інсульт [8], а також осіб із симптомами хронічного алкоголізму та наркоманії. Розширення поняття реабілітації збільшило потребу в службах реабілітації. Таким чином, слід проаналізувати: як покращити служби реабілітації, щоб вони відповідали потребам найбільшої частини інвалідів.

Питання про те, як найкраще організувати служби реабілітації, дискутується протягом тривалого часу. Деякі країни стали здійснювати програми, що передбачають створення спеціалізованих відділів реабілітації у всіх районних та обласних лікарнях (спеціалізований підхід). Інші країни зробили наголос на покращанні підготовки студентів-медиків за рахунок інтегрованого навчання методам реабілітації в поєднанні із профілактичними та лікувальними аспектами інвалідності. Такий підхід має за мету спонукати всіх лікарів до здійснення реабілітації як невід’ємної частини їх повсякденної роботи (неспеціалізований підхід). З метою покращання підготовки студентів та проведення наукових досліджень з цієї проблеми в університетах ряду країн створені кафедри медичної реабілітації. Окремі країни стали більше уваги приділяти обслуговуванню на первинному рівні. Це сприяло залученню спеціалістів до роботи з реабілітації, яка здійснюється на первинному рівні в районах, які обслуговують лікарі загальної практики.

Слід зазначити, що як спеціалізований, так і неспеціалізований підходи довели свою цінність. Тому при реорганізації медичної допомоги та підготовки кадрів у вищих навчальних закладах, яка назріла в Україні, слід раціонально використати обидва підходи. В першу чергу при підготовці лікарів загальної практики.

Окремий досвід з цього питання набутий і в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, у якому ще з 1999 р. функціонує курс медичної реабілітації. Лікувальними базами курсу, а нині кафедри фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології, є санаторій “Медобори”, відділ ранньої медико-соціальної реабілітації хворих з ураженням нервової системи Обласної психоневрологічної лікарні та фізіотерапевтичний відділ Обласної клінічної лікарні. На кафедрі підготовку з медичної реабілітації проходять студенти VI курсу (основи реабілітації) та лікарі-інтерни і курсанти із всіх спеціальностей. В найближчому майбутньому основна увага при навчанні студентів буде зосереджена на викладанні медичної реабілітації в обсязі, необхідному для підготовки сімейних лікарів. Цьому є свої пояснення.

Підготовка кадрів в багатьох розвинутих країнах в останні десятиліття характеризувалась високою спеціалізацією кадрів, які займаються реабілітацією, що привело до створення нових профе-

сійних груп та підгруп. Можна виділити основні наслідки цього процесу. По-перше, був прийнятий не виправдано високий рівень підготовки для осіб, що спеціалізуються в галузі реабілітації; окрім цього, професійні групи наполягали на ідеальній якості освіти та розширеному курсі навчання із включенням питань, які не стосувалися безпосередньо реабілітації.

По-друге, високий рівень спеціалізації зробив реабілітацію надто складною: до лікування одного хворого іноді залучалося декілька спеціалістів. Це призводило до не виправдано високих витрат, плутанини та конфліктів, а також до юридичних суперечок між співробітниками.

Тому Комітет експертів ВООЗ із запобігання інвалідності та реабілітації прийняв рекомендації, щоб кожна країна проводила дослідження, спрямовані на пошуки шляхів спрощення існуючих кадрових структур та організації підготовки персоналу. При такому підході потреба в спеціалістах не скорочується і деякі спеціальності будуть збережені, проте необхідно перебудувати навчальні програми, щоб підвищити ефективність та якість підготовки персоналу, який займатиметься реабілітацією. При цьому слід включити вивчення окремих, менш складних, методів, які використовуються на даний час спеціалістами, в курс підготовки, насамперед, сімейних лікарів. Необхідно також визначити можливість відмови від вивчення тих методів, які входять в учбові програми лише за традицією. Програма з вивчення

Література

1. Поліщук М.Є. Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі // Аптека галицька. – 2005. – №3(142). – С.5
2. Functional assessment in rehabilitation medicine/ Ed. C. V. Granger, G. E. Gresham. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1984. – P.145.
3. Предупреждение инвалидности и реабилитация: Докл. Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Сер. техн. докл. 668. – Женева: ВОЗ, 1983. – 42 с.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
5. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных

реабілітації повинна містити лише ті методи, ефективність яких з метою реабілітації доведена на засадах доказової медицини [9]. Тенденція і в майбутньому буде полягати в спрощенні програм та скороченні спеціалізації.

Комітет ВООЗ також рекомендує включити розділи, що безпосередньо стосуються реабілітаційних заходів, в програми підготовки всіх працівників охорони здоров'я. Потреба в реабілітації настільки велика, що її неможливо задовільнити лише за рахунок використання спеціалістів. Тому слід вводити основні положення реабілітації в програми підготовки не лише лікарів, але й медичних сестер, працівників служб соціальної допомоги, вчителів тощо.

Висновки: 1. Приблизно 10 % населення світу страждає від різних видів інвалідності. Це створює серйозні соціальні, економічні, функціональні та психологічні проблеми не лише для інвалідів та членів їх сімей, але й для суспільства в цілому.

2. Реабілітація включає в себе всі заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих факторів та умов, які призводять до фізичних та інших дефектів, та сприяє соціальній інтеграції інвалідів.

3. Необхідне проведення профілактики інвалідності та реабілітації як складової частини первинної медико-санітарної допомоги.

4. Засвоєння ефективних та науково доведених методів та методик медичної реабілітації є невід'ємною частиною підготовки лікарів загальної практики.

ишемической болезнью сердца: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.

6. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника /О.Г. Коган, Н.Р. Шмидт, А.А. Толстокооров и др. Новосибирск: –Наука, 1983. – 350с.

7. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. – М.: Медицина, 1988. – 304 с.

8. Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline, №16/G. E. Gresham, P.W. Duncan, W.B. Stason et al. – Rockville, MD: J.S. Department of Health and Human Services, 1995. – 248 p.

9. Немедикаментозні методи лікування та реабілітації / Під ред. В.П. Лисенюка. – К., 1999. – 49 с.

УДК 378 (477)

ДВА ІСТОТНІ КРОКИ УКРАЇНИ ДО БОЛОНСЬКОЇ СПІВДРУЖНОСТІ

Л.Г. Селіхова

Українська медична стоматологічна академія,

TWO ESSENTIAL STEPS OF UKRAINE TO BOLOGNA COLLABORATION

L.H. Selikhova

Ukrainian Medical Stomatological Academy,

В статті викладені істотні кроки України відносно вступу до Болонської співдружності. Суть в тому, що, по-перше, треба провести ґрунтовний порівняльний аналіз вітчизняної системи науки і освіти з європейською та започаткувати відповідні реформи. По-друге, важливим кроком має бути прийняття урядом усвідомленого політичного рішення, яке б базувалося на потребі проведення зазначених реформ і було б спрямоване на інтеграцію вітчизняної системи науки і освіти в європейський простір.

The article considers essential steps of Ukraine towards entering Bologna collaboration. The point is that, first of all, it is necessary to make a well-grounded comparative analysis of national and European systems of science and education and to start corresponding reforms. The second important step should be making a conscious political decision by the Government which would be based on the need of carrying out the above-mentioned reforms and would be aimed in the integration of national system of science and education into European space.

Вступ. Процеси європейської інтеграції охоплюють дедалі більше сфер життєдіяльності людини. Не стала винятком і освіта, особливо вища освіта. Україна чітко визначила орієнтир – входження в освітній простір Європи; здійснює модернізацію освітньої діяльності в контексті європейських вимог, дедалі наполегливіше працює над практичним приєднанням до Болонського процесу.

Болонський процес – це процес об'єднання Європи. Поширення його на Схід і на Прибалтійські країни супроводжується формуванням спільного освітнього і наукового простору та розробкою єдиних критеріїв та стандартів в цій сфері в масштабах усього континенту [1, 2, 3].

Основна частина. Болонський процес має свою передісторію, що полягає в розробці та підписанні представниками країн Європи Лісабонської конвенції (1997 р.) про визнання кваліфікацій для системи вищої освіти європейського регіону та Сорбоннської декларації (Париж, Сорбонна, 1998 р.) щодо узгодження структури системи вищої освіти в Європі [4].

Сам же Болонський процес на рівні держав було започатковано 19 червня 1999р. в Болонії (Італія). Тридцять міністрів освіти від імені своїх урядів підвели підсумок 10-річної праці і підписали

документ, який назвали “Болонська декларація”. Цим документом було задекларовано: прийняття загальної системи порівняння вчених ступенів, зокрема через затвердження додатку до диплома; запровадження в усіх країнах двох рівнів навчання, при цьому перший рівень передбачає одержання ступеня бакалавра (тривалість навчання не менше трьох років), а другий рівень передбачає одержання ступеня магістра (тривалість навчання 1-2 роки). Вони мають сприйматися на європейському ринку праці як освітні і кваліфікаційні рівні.

Наступна зустріч міністрів з питань впровадження Болонського процесу відбулася в Празі 19 травня 2001 р., на якій було підписано Празьке комюніке представниками вже 33 країн Європи (приєдналися ще три країни), а також виділено важливі елементи Європейського простору вищої освіти, а саме:

- постійне навчання протягом усього життя;
- мотивоване залучення студентів до навчання;
- сприяння підвищенню привабливості та конкурентоспроможності Європейського простору вищої освіти для інших регіонів світу.

Третя зустріч представників по впровадженню Болонського процесу відбулася в Берліні 18-19 вересня 2003 року, де було підписано відповідне комюніке. Принципово нове рішення Берлінського саміту –

поширення загальноєвропейських вимог і стандартів вже і на докторські ступені. Встановлено, що в країнах-учасниках Болонського процесу має бути один докторський ступінь – “доктор філософії” у відповідних сферах знань (природничі науки, соціогуманітарні, економічні та ін.).

До Болонської співдружності разом з іншими шістьма країнами було прийнято і Росію.

Четвертий саміт з проблем Болонського процесу заплановано провести 19-20 травня 2005 року в Бергені (Норвегія). Його метою є створення до 2010 року європейського ринку праці, підняття конкурентоспроможності європейської вищої школи.

Для досягнення цієї мети було запропоновано:

- прийняти зручні та зрозумілі градації дипломів, ступенів і кваліфікацій;
- ввести двоступеневу структуру вищої освіти;
- використати єдину систему кредитних одиниць (систему ECTS European Credit Transfer System і додатків до дипломів);
- напрацьовувати, підтримувати і розвивати європейські стандарти якості із застосуванням порівняльних критеріїв, механізмів і методів їх оцінки;
- усунути існуючі перепони для розширення мобільності студентів, викладачів, дослідників і управлінців вищої школи.

Євроінтеграція України як чинник соціально-економічного розвитку держави

З метою реалізації стратегічного курсу України на інтеграцію до Європейського Союзу (ЄС) основними напрямками культурно-освітньої і науково-технічної інтеграції визначено впровадження європейських норм і стандартів в освіті, науці і техніці, поширення власних культурних науково-технічних здобутків у ЄС.

Протягом 1995-2004 рр. Міністерство освіти і науки України на основі міжнародних документів з питань демократизації, гуманізації в галузі освіти і прав людини здійснило масштабні заходи щодо створення нової нормативно-правової бази національної вищої освіти України. Прийнятий в Україні комплекс нормативно-правових документів пройшов апробацію на міжнародному рівні і визначає ідеологію реформування всієї освітньої галузі [6, 7].

Болонський процес як засіб інтеграції і демократизації вищої освіти

Пріоритетними напрямками державної політики щодо розвитку вищої освіти є:

- особистісна орієнтація вищої освіти;
- формування національних і загальнолюдських цінностей;
- створення для громадян рівних можливостей у здобутті вищої освіти,
- постійне підвищення якості освіти, оновлення її змісту та форм організації навчально-виховного процесу;
- впровадження сучасних освітніх інновацій та інформаційних технологій;
- формування в системі освіти нормативно-правових і організаційно-економічних механізмів залучення і використання позабюджетних коштів;
- підвищення соціального статусу і професіоналізму працівників освіти, посилення їх державної і суспільної підтримки;
- розвиток освіти як відкритої державно-суспільної системи;
- інтеграція вітчизняної вищої освіти до європейського та світового освітніх просторів.

Стратегічними завданнями реформування вищої освіти в Україні є:

По-перше, національна ідея вищої освіти збереження і примноження національних освітніх традицій.

По-друге, розвиток вищої освіти повинен підпорядковуватись законам ринкової економіки. Не менш важливі чинники: соціальні, політичні, духовне життя, суспільна свідомість, культура та морально-психологічні цінності.

По-третє, розвиток вищої освіти треба розглядати у контексті тенденцій розвитку світових освітніх систем.

Основними цілями Болонського процесу є:

- побудова Європейського простору вищої освіти як передумови розвитку мобільності громадян з можливістю їх працевлаштування;
- посилення міжнародної конкурентоспроможності як національної, так і в цілому європейської системи вищої освіти;
- досягнення більшої сумісності та порівняльності систем вищої освіти;
- формування та зміцнення інтелектуального, культурного, соціального та науково-технічного потенціалу окремих країн та Європи в цілому;
- підвищення визначальної ролі університетів у розвитку національних і європейських культурних цінностей;
- змагання з іншими системами вищої освіти за студентів, вплив, гроші та престиж.

Напрямки розвитку вищої освіти в Україні: 1) розширення доступу до вищої освіти; 2) якість

освіти і ефективність використання фахівців з вищою освітою; 3) інтеграційні процеси.

Сьогодні в Україні реалізується програма навчання протягом усього життя людини. Країни-учасниці Болонського процесу підкреслюють важливу роль вищої освіти у безперервне навчання, незалежне від віку, із врахуванням попередньої освіти.

Забезпечити потрібну якість підготовки випускників можна лише маючи підготовленого вступника. Об'єктивність вступу в Україні покладають на незалежне (зовнішнє) тестування, яке полягає в застосуванні рейтингової системи.

Посилюється увага до переможців всеукраїнських і міжнародних олімпіад.

Указом від 17 лютого 2004 р. введено стипендію Президента України для навчання талановитої молоді за кордоном.

Якість вищої освіти в контексті Болонського процесу є основою створення Європейського простору вищої освіти. Країни, які входять до цього простору, наголошують на необхідності розробки

критеріїв та методологій для загального користування у сфері якості освіти. Вони також підкреслюють, що згідно з принципами автономії навчальних закладів, первинна відповідальність за якість вищої освіти лежить на кожному окремому навчальному закладі.

Країни-учасниці Болонського процесу планують розробити узгоджені стандарти, процедури та рекомендації з питань гарантії якості вищої освіти.

Висновки: Для того щоб вступити до Болонської співдружності, Україні треба буде зробити два істотні кроки: 1. Провести ґрунтовний порівняльний аналіз вітчизняної системи науки і освіти з європейською та започаткувати відповідні реформи. 2. Прийняти виважене політичне рішення на рівні уряду, яке б ґрунтувалося на необхідності проведення зазначених реформ і було б покладене в основу рішучої зовнішньої політики держави, спрямованої на інтеграцію вітчизняної системи науки і освіти в європейський простір.

Література

1. Андрущенко В. Модернізація педагогічної освіти України в контексті Болонського процесу // Вища освіта України – №1. – 2004. – с. 59.
2. Долженко О. “Болонский процесс” между Куром и Ельчиком или о приоритете дела // Вестник Высшей школы. – 2008. – №2. – С. 32-40.
3. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти // К.: Політехніка, НТУУ “КП”, – 2003. – 195 с.
4. Кремень В. Підвищення ефективності вищої освіти і науки як дієвого чинника суспільного розвитку та

інтеграції в Європейське співтовариство / Доповідь на підсум. колегії Мін. освіти і науки України 27 лютого 2004 р., м.Одеса // Вища школа. – 2003. – № 6. – С. 3-23.

5. Кремень В. Освіта і наука України шляхи модернізації // К.: “Грамота”, 2003. – С. 3-214.

6. Кремень В. Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти / Коментар Указу Президента України Л. Кучми // Освіта. – 2004. – №10. – С. 1.

7. Терещенко Ю. Болонський процес в дії: “Круглий стіл” тижневика “Освіта” та Інституту вищої освіти АПН України // Освіта. – 2004. – №30. – С. 2.

УДК: 378.147:616-053.2

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ

Ю.М. Нерянов, Л.М. Боярська, І.В. Солодова, С.М. Недельська,
Ю.В. Котлова

Запорізький державний медичний університет

SOME ASPECTS OF RAISING THE QUALITY OF TEACHING PEDIATRICS

Yu.M. Nerianov, L.M. Boyarska, I.V. Solodova, S.M. Nedelska, Yu.V. Kotlova
Zaporizhzhian State Medical University

У статті висвітлено деякі аспекти підвищення якості викладання педіатрії у ВМНЗ.

The article shows some aspects of raising the quality of teaching pediatrics in higher medical educational establishments.

Вступ. Якість вищої освіти має виключне значення для успішного розвитку будь якої країни. Рівень інтелектуального потенціалу країни повністю залежить від якості вищої освіти і є найважливішим фактором економічної і політичної самостійності кожної країни [1]. Якісна освіта – вимоги і тенденції розвитку освіти на планеті. Це було девізом 47-ї сесії Міжнародної конференції ЮНЕСКО з освіти, яка відбулась у вересні 2004 року у Женеві, у роботі якої брали участь представники 137 країн світу [5].

Основна частина. У зв'язку з тим, що у сучасних умовах все більше утверджуються загально цивілізаційні тенденції розвитку, викладач вищої школи повинен використовувати повною мірою нові можливості для освітньої та наукової діяльності з тим, щоб забезпечити нові потреби в розвитку як окремої людини, так і українського суспільства в цілому [4].

За останні роки у суспільстві відбулися значні зміни, в тому числі: поява платної медичної допомоги; виникнення груп студентів, які навчаються недержавним коштом; утруднення з працевлаштуванням після закінчення ВНЗ, – що викликає необхідність нових підходів до виховання у студентів потреби та відповідальності за набуття необхідних знань та підвищення якості викладання дисципліни [3]. Якість викладання педіатрії визначається, на наш погляд, кількома факторами:

© Ю.М. Нерянов, Л.М. Боярська, І.В. Солодова,
С.М. Недельська, Ю.В. Котлова

одержанням інформації з дитячих хвороб, механізмами перетворення інформації в знання та практичними навичками студента – майбутнього лікаря.

В процес навчання на профільних кафедрах повинен бути закладений принцип спадкоємності та послідовності в оволодінні практичними та теоретичними знаннями та вміннями, що досягається єдиною методикою викладання. Наприклад, на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб ставиться за мету оволодіння фундаментальними практичними вміннями. На послідуєчих клінічних кафедрах сформовані раніше вміння та навички вже служать як інструмент професійної діяльності, а мета цих кафедр – навчити студента складати план обстеження, проводити диференційну діагностику та лікування [2].

Навчання на кафедрі факультетської педіатрії проводиться відповідно до типової програми з дисципліни МОЗ України та навчального плану на основі створених кафедрою робочої програми з дисципліни та навчально-методичних розробок.

Інформацію студент отримує з лекційного матеріалу, підручників, допоміжної літератури. Практика довела, що інформація і знання не тотожні. Інформація перетворюється у знання тоді, коли вона усвідомлена студентом, як життєво необхідна й буде використана ним для фахового становлення, щоб в майбутньому стати конкурентоспроможним фахівцем. В цьому контексті велике значення має, як фактор перетворення інформації в знання, практичне заняття в клініці з викладачем.

На нашу думку, якість цієї частини освітнього процесу визначається:

1. Особистістю викладача.
2. Педагогічними технологіями та методичним забезпеченням навчального процесу.
3. Активністю студента.
4. Об'єктивністю та систематичністю контролю.

Особистість викладача сприяє формуванню відношення студента до предмета, глибині його засвоєння, бажанню сформувати в собі професійні якості, характерні для його наставника. Біля ліжка хворої дитини студент-педіатр вчиться у фахівця-викладача, як контактувати з дітьми різного віку та їх батьками, вирішенню деонтологічних проблем та освоєнню практичних навичок. Особистість викладача також спонукає студента до активності при вивченні предмета, оволодіння прийомами логічного мислення біля ліжка дитини. Безперечно, майстерність викладання “Педіатрії” – невід’ємна частина якісної підготовки фахівця. За останні роки з’явилась можливість систематично удосконалювати рівень викладацької майстерності на курсах підвищення кваліфікації. Також на кафедрі факультетської педіатрії широко впроваджені показові заняття, які ведуть професори та доценти; відкриті заняття досвідчених викладачів та взаємовідвідування занять асистентами з подальшим аналізом та обговоренням методики викладання тем факультетської педіатрії.

У навчальний процес на кафедрі активно впроваджуються нові технології, так звані медіа-педагоги (телебачення та комп’ютер). Комп’ютерна професійна інформація є невід’ємною частиною навчального процесу. Співробітниками кафедри створена відеотека з основних розділів патології дитячого віку, що висвітлює основні питання, з якими в повсякденному житті зустрічається педіатр: проблеми харчування дітей, догляд за дитиною, клінічна діагностика спадкових хвороб, імунодефіцитних станів та інше. Всі лекції читаються з використанням мультимедійних презентацій, що сприяє кращому засвоєнню теоретичних знань. Створена власна комп’ютерна програма, що використовується як складова частина іспиту з дисципліни. Навчальний процес забезпечений всіма підручниками, що останнім часом вийшли з друку з грифом ЦМК з вищої медичної освіти МОЗ України.

Активна робота студентів на практичних заняттях з факультетської педіатрії у процесі обговорення теми та історії хворого складає майже 30%

успішного засвоєння теми заняття. Вважаємо необхідним підвищувати активність студентів на практичному занятті на основі формування здібностей опановувати знання, формувати свій загальний та медичний світогляд [6]. Одним з шляхів вирішення цієї проблеми є застосування тематичних клінічних завдань або задач з нозологій, які вивчаються. Крім цього, на практичних заняттях з групами VI курсу при достатньому рівні знань використовується алгоритмізація дій: інтерпретація патологічних змін щодо віку дитини, призначення послідовності обстеження в повному обсязі, призначення харчування відповідно до віку та діагнозу, підбір засобів лікування тощо.

Використання алгоритмів сприяє організації мислення, дисциплінованості дій, виховує самостійність та переконаність, сприяє кращому засвоєнню матеріалу. Вважаємо, що не слід відмовлятися від клінічних розглядів хворої дитини та історії захворювання, тому що це конкретний приклад підходу до індивідуальної діагностики, створення плану лікування, профілактики хвороби. Викладач повинен заслухати всі міркування щодо діагнозу та терапії, а також спрямувати відповідь студента на висвітлення чинників захворювання та прогнозу одужання.

Контроль засвоєння курсу факультетської педіатрії впродовж року носить різнобічний характер: комп’ютерний контроль (початковий, проміжний, кінцевий), співбесіда при захисті учбової історії хвороби на IV курсі, контроль за оволодінням практичними навичками (на практичних заняттях біля ліжка дитини), співбесіда при розв’язуванні ситуаційних задач на іспитах з факультетської педіатрії. На VI курсі максимальна увага приділяється контролю знань за системою “КРОК”. Кафедра має достатню кількість тестів за темами, які вивчаються, та постійно збільшує їх кількість. Проводиться також кінцева перевірка знань студентів за допомогою тестів, що сприяє формуванню навичок при роботі із завданнями “КРОК-2”.

Висновок. Таким чином, у викладанні клінічної дисципліни, на наш погляд, має значення особистість викладача як фахівця в поєднанні з сучасними технологіями та інтенсивною роботою біля ліжка хворої дитини. Систематичний та різнобічний контроль знань забезпечує активне засвоєння матеріалу студентами, що характеризує якість викладання предмета.

Література

1. Булах І.Е., Волосоєць О.П., Воронько Ю.В. та ін. Система управління якістю медичної освіти в Україні. – Дніпропетровськ: Арт-Прес, 2003.
2. Дианкина М.С., Арсенова С.П., Миронова Т.С. О теории и методике преподавания педиатрических дисциплин // Педиатрия. – 1998. – № 6. – С. 100-104.
3. Клименко М.О., Михалін М.О., Рузін Г.П., Лєтїк І.И. Особливості формування професійних знань та морально-етичних поглядів студента у сучасних умовах // Матеріали доповідей науково-метод. конф. “Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні” – Дніпропетровськ, 2001. – С. 183-184.
4. Кремень В. Підвищення ефективності вищої освіти і науки як дієвого чинника суспільного розвитку та інтеграції в європейське співтовариство // Вища школа. – 2003. – №6. – С. 3-24.
5. Послання 47-ї сесії Міжнародної конференції ЮНЕСКО з освіти і запропоновані пріоритетні заходи щодо підвищення якості освіти для всієї молоді // Освіта України. – 19 жовтня 2004 р. – № 81-82.
6. Циганенко А.Я., Кривонос М.В., Мінухін В.В. Проблема формування у студентів навчальної самостійності під час навчання у ВМНЗ // Матеріали науково-метод. конф. “Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармакологічному закладах України”. – Чернівці, 2002. – С. 187-188.

УДК [611 + 612]: 378. 661

РОБОТА КАБІНЕТУ АНАТОМІЇ І ФІЗІОЛОГІЇ У ВНЗ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін

Одеське обласне базове медичне училище, Одеський державний медичний університет

FUNCTIONING OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY CABINET IN HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II ACCREDITATION LEVELS

Yu.F. Pedanov, A.I. Gozhenko, R.F. Makulkin

Odessa Regional Basic Medical College, Odessa State Medical University

У статті висвітлено роль кабінету анатомії і фізіології у навчанні медичних спеціалістів зі середньою освітою.
The role of Anatomy and Physiology Cabinet for teaching medical specialists with secondary education is shown in the article.

Вступ. У діючому “Положенні про кабінет/лабораторію вищого медичного і фармацевтичного навчального закладу” викладено основні вимоги стосовно належної наявності матеріалів і структури кабінету, однак у зазначеному документі відсутні, на нашу думку, деякі розділи про форми роботи, які б дозволяли значною мірою підвищити якість підготовки майбутніх фахівців. З огляду на це нами було проаналізовано досвід роботи кабінету анатомії і фізіології в Одеському обласному базовому медичному училищі.

Основна частина. Кабінет анатомії і фізіології є навчальною базою, яка має забезпечувати поєднання теоретичного і практичного навчання у фаховій підготовці студентів вищого медичного закладу І–ІІ рівнів акредитації, які мають неповну і повну середню освіту, за спеціальностями 5.110101 – “Лікувальна справа” і 5.110102 – “Сестринська справа”.

Для викладання дисциплін “Анатомія і фізіологія людини”, “Патологія”, “Анатомія і фізіологія з патологією” потрібно мати не тільки відповідну наочність, обладнання, реактиви, технічні засоби навчання, каталог з навчальної і довідкової літератури, але й розробки нових методичних матеріалів.

У зв'язку з цим функції кабінету є досить різноманітними.

1. Організаційні заходи, які включають таке: планування навчального навантаження; контроль за дотриманням правил охорони праці, техніки

безпеки; основи безпеки життєдіяльності, протипожежного захисту; складання заявок для придбання апаратури, медикаментів, реактивів; проведення поточного ремонту наочності; оформлення документації (план роботи на навчальний рік, журнали для проведення інструктажів з техніки безпеки й основ безпеки життєдіяльності, графіки консультацій і відпрацювань пропущених студентами занять, журнали відпрацювань); складання плану роботи студентського гуртка з предмета “Анатомія і фізіологія людини”; поновлення методичного стенду.

2. Навчально-методична робота здійснюється у співпраці з Центральним методичним кабінетом Міністерства охорони здоров'я України, методичним кабінетом училища, а також з кафедрами Одеського державного медичного університету, оскільки слід брати до уваги послідовність у навчанні, адже частина випускників продовжує навчання у ВНЗ III–IV рівнів акредитації [1–4].

У навчально-методичному комплексі, який розробляється і поповнюється викладачами, суттєва роль належить ряду виданих посібників, таким як довідник “Лабораторні показники норми дорослої людини”, “Практикум з анатомії і фізіології людини”, а також “Практикум з патології”. У практикумах вперше було застосовано метод лінійного алгоритму для засвоєння знань і здобуття практичних навичок у системі морфо-функціональних наук студентами ВНЗ І–ІІ рівнів акредитації [5, 9].

Наукова робота проводиться завдяки тісній співпраці з колективом кафедри загальної і клінічної патофізіології, що дає можливість видавати наукові

праці й брати участь у конгресах, пленумах, конференціях [9-12].

Найважливіший аспект діяльності – підтримання і постійне поповнення фундаментального музею, експонати якого застосовуються під час навчання студентів на теоретичних і практичних заняттях.

Студенти, які є членами предметного гуртка з анатомії і фізіології, беруть активну участь у виготовленні вологих і сухих анатомічних препаратів, роздаткового матеріалу (рисунки, схеми, картки, плакати), перекладають з іноземних мов методичні матеріали і наукові статті з подальшими доповідями на засіданнях гуртка, працюють над рефератами, здійснюють ремонт навчальних таблиць і наочності.

Силами працівників кабінету оформлюються стендові методичні матеріали, укладається каталог літератури.

Література

1. Педанов Ю.Ф., Апрелев И.М. Инструкции по проведению практических занятий курса “Анатомия и физиология”. – К.: РМК, МЗ УССР, 1987. – 19 с.
2. Педанов Ю.Ф., Апрелев И.М. Инструкции по проведению практических занятий по курсу “Анатомия”. – К.: РМК МЗ УССР, 1988. – 31 с.
3. Педанов Ю.Ф., Апрелев И.М. Методические рекомендации по проведению практических занятий курса “Анатомия и физиология”. – К.: РМК МЗ УССР, 1986. – 23 с.
4. Педанов Ю.Ф., Апрелев И.М. Методические рекомендации по проведению практических занятий по курсу “Физиология”. – К.: РМК МЗУ ССР, 1987. – 31 с.
5. Педанов Ю.Ф. Лабораторные показатели нормы взрослого человека. – Одесса: ОВВОКИУ ПВО, 1992. – 124 с.
6. Педанов Ю.Ф. Практикум по анатомии и физиологии человека. – Одесса: Принт Мастер, 1999. – 52 с.
7. Педанов Ю.Ф. Практикум по патологии / Под. ред. Р.Ф. Макулькина, А.И. Даниленко. – Одесса: Астропринт, 2001. – 32 с.
8. Педанов Ю.Ф., Макулькин Р.Ф., Даниленко А.И. Алгоритмы засвоения знаний и добуття практичних навичок у системі морфо-функціональних наук у ВУЗАХ I-II рівнів акредитації. – Журн. “Медична освіта”. – 2003. – № 1. – С. 18-21.

3. Позааудиторна робота, метою якої є такі заходи: профорієнтація, участь у “Днях відкритих дверей”, закріплення знань студентів (екскурсії до музеїв Одеського державного медичного університету, реферати).

4. Заходи стосовно устаткування передбачають: створення сучасного комп’ютерного комплексу, що є нагальною потребою для навчання сьогодні; здійснення постійного контролю за збереженням матеріальних цінностей.

Висновок. Викладене вище свідчить про те, що робота кабінету, згідно з інструктивним “Положенням...”, сприяє підготовці фахівців. Це набуває особливого значення для тих випускників, які в подальшому вступають до ВНЗ III–IV рівнів акредитації. Слід особливо наголосити на тому, що якість роботи кабінету залежить від наявності фундаментального систематичного музею анатомії людини.

9. Педанов Ю.Ф., Макулькин Р.Ф., Даниленко А.И. Викладання морфо-функціональних наук у ВНЗ I-II рівнів акредитації із застосуванням методу алгоритму // Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції “Наука і освіта 2004”. Том 41. Методичні основи виховного процесу. – Дніпропетровськ: Наука і освіта. – 2004. – С. 58-59.

10. Педанов Ю.Ф., Фадєєв А.М. Нові аспекти даних лабораторних досліджень. Матеріали III Національного конгресу патофізіологів України з міжнародною участю присвяченого 100-річчю від дня народження академіка АМН СРСР М.М. Горєва. – Фізіол. журн. – 2004. – Т. 46, – № 2 (додаток). – С. 123-124.

11. Педанов Ю.Ф., Макулькин Р.Ф., Даниленко А.И. Моделювання комплексів епілептичної кіркової активності як новий підхід до технології вивчення патології головного мозку // Матеріали пленуму наукового товариства патофізіологів України. – Фізіол. журн. – 2002 – Т. 48, – № 4. – С. 125.

12. Педанов Ю.Ф., Гоженко А.И., Макулькин Р.Ф. Сравнительный анализ преподавания предмета “Анатомия и физиология человека” в ВУЗЕ I-II уровня аккредитации в Украине и в США // Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції “Динаміка наукових досліджень 2004”. Т. 30. Педагогіка. – Дніпропетровськ: Наука і освіта. – 2004. – С. 10-11.

УДК: 614.255.4 + 614.23:378.3 + 61(018)

ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ З СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: ДОСВІД ТА ПРОБЛЕМИ

В.Б. Гощинський, Н.Є. Боцюк, М.В. Бойчак, І.О. Боровик, С.М. Бутвин

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Стаття присвячена організації навчального процесу з сімейної медицини при переході вищої медичної освіти на принципи Болонського процесу, зокрема створенню навчальної програми, що адаптована до кредитно-модульної системи, та самостійній роботі як складовій цієї системи.

Introduction of credit-module system in educational process in family medicine: experience and problems

The article is devoted to organization of educational process in family medicine at transition of higher medical education on principles of the Bologna process, in particular to creation of educational curriculum which is adapted to the credit-module system and independent work as component of this system.

Вступ. Реорганізація системи охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини вимагає проведення суттєвих змін у додипломній та післядипломній підготовці сімейного лікаря/лікаря загальної практики. Адже без якісного поетапного навчання сімейного лікаря неможливе проведення реформи первинної медико-санітарної ланки медичної допомоги.

Основною метою цієї реформи є доступність медичної допомоги для населення нашої країни, безперервність медичного спостереження за здоров'ям громадян та членів їх сімей. Це означає, що сімейний лікар в межах своєї компетентності повинен надавати своїм пацієнтам кваліфіковану допомогу, в тому числі і невідкладну, у будь-який час та вирішувати питання соціальних, профілактичних, санітарно-епідемічних, реабілітаційних заходів [1, 2].

Таким чином, сімейний лікар – це фахівець енциклопедичної медичної ерудиції, який наділений великими правами та обов'язками. Це, без сумніву, вимагає створення чіткої системи багатоетапної підготовки цього унікального за функціями спеціаліста, яка повинна передбачати отримання основних базових знань та вмінь вже на дипломному рівні з наступним їх поглибленням та розширенням, удосконаленням на післядипломному рівні (резидентура – курси удосконалення).

Основна частина. Запровадження у вищих медичних навчальних закладах основних засад Болонського процесу відкриває нові можливості

для створення на додипломному рівні повноцінної навчальної програми з сімейної медицини. Адже, в основі Болонського процесу лежить перехід на кредитно-модульну систему та збільшення годин на самостійну підготовку студентів.

Тому виникає закономірне питання про організацію навчального процесу з сімейної медицини в умовах запровадження кредитно-модульної системи.

Досвід роботи кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини Тернопільського державного університету ім. І.Я. Горбачевського свідчить про те, що це реально, і кафедра, власне, вже працює в цих умовах.

Кафедра є багатопрофільною, що дозволяє їй перейти на кредитно-модульну систему. Зокрема, на поліклінічну терапію, згідно з нашою навчальною програмою, виділено 3 тижні, що відповідає 3 кредитам, на амбулаторному хірургію, педіатрію, акушерство-гінекологію по 1 тижню (1 кредит). Таким чином, на сімейну медицину виділено 6 кредитів.

Не виникає сумніву, що така кількість кредитів не дозволяє у повній мірі привести навчально-методичний процес у відповідність із положенням про лікаря загальної практики-сімейної медицини та його кваліфікаційну характеристику. Тому, при створенні положення про кафедру сімейної медицини у вищих медичних навчальних закладах додипломного рівня та навчальної програми слід збільшити кількість кредитів на користь терапії та інших дисциплін (хірургія, педіатрія, акушерство-гінекологія, неврологія, фтизіатрія, інфекційні хвороби тощо).

Окремо стоїть питання про найбільш ефективну реалізацію переваг кредитно-модульної системи в процесі навчання студентів основам сімейної медицини. Мова іде про те, на якому курсі запровадити це навчання.

Проаналізувати наш досвід, стверджуємо, що якісне навчання основам сімейної медицини можливе тільки на VI курсі. Обґрунтуванням нашої позиції є наступне. По-перше, студенти VI курсу мають достатньо знань та вмінь, отриманих за попередні роки навчання, щоб цілеспрямовано адаптувати їх до специфіки роботи сімейного лікаря. По-друге, ці знання та вміння дозволяють значно збільшити обсяг самостійної роботи, яку повинен виконати студент. По-третє, створюються реальні умови для якісного та комплексного навчання студентів за типом субординатори з сімейної медицини.

Що стосується самостійної роботи студентів, то наш досвід показує, що навчання студентів на базах лікувальних закладів первинної медико-санітарної ланки (поліклініки, жіночої консультації, поліклініки та амбулаторії сімейного лікаря) створює усі умови для розширення обсягу самостійної роботи студента.

Так, нашою навчальною програмою передбачена робота студентів на амбулаторному прийомі та в денному стаціонарі, в складі комісії ЛКК та МСЕК, обслуговування викликів на дому, патронаж

вагітних та породіль, робота в складі бригад “Швидкої допомоги”, участь в амбулаторних операціях та маніпуляціях. Особливу увагу надаємо роботі студентів з відповідною медичною документацією та аналізу статистичних показників. Загальна кількість годин, що передбачена на самостійну роботу студентів складає 30 %.

Виникає питання щодо якісного контролю самостійної роботи студентів. Оптимальною формою цього контролю є захист карти амбулаторного хворого, що запроваджений на кафедрі.

На нашу думку, захист медичної карти амбулаторного хворого дає можливість об’єктивно оцінити знання та вміння, які отримав студент на кафедрі сімейної медицини. Так, викладач аналізує вміння спілкуватись з хворим, вносити отриману інформацію в карту амбулаторного хворого, вміння скласти план обстеження та лікування, проведення експертизи працездатності хворого та заповнення додаткової медичної документації (листок непрацездатності, статистичний талон тощо). Оцінка захисту амбулаторної карти є складовою загальної рейтингової оцінки з сімейної медицини.

Висновок. Таким чином, запровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес з сімейної медицини на додипломному рівні відкриває нові можливості для більш глибокого та якісного вивчення основ сімейної медицини і забезпечує принцип етапності у підготовці сімейного лікаря.

Література

1. Москаленко В.Ф. Реалізація концепції розвитку сімейної медицини // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції “Сімейна медицина – досягнення і перспективи”. – Харків. – 2002. – С. 3-4.

2. Пономаренко В.М. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини. – Київ. – 2000. – 185 с.

УДК 616.858:616-071

ВИКЛАДАННЯ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ РІВНІ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

С.П. Московко

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

TEACHING ON POST-GRADUATE LEVEL THE PECULIARITIES OF CLINICAL SIGNS AT DIFFERENT STAGES OF PARKINSON'S DISEASE

S.P. Moskovko

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Представлено порівняльний аналіз проявів паркінсонізму 256 хворих з хворобою Паркінсона на різних стадіях захворювання. Показано нелінійний характер прогресування нейродегенерації, що може означати і неоднорідні механізми патогенезу на різних стадіях процесу, що слід враховувати при викладанні на післядипломному рівні особливостей перебігу хвороби Паркінсона.

The comparative analysis of parkinsonism features in a cohort of 256 patients with Parkinson's disease at different stages of disease is presented. Nonlinear character of neurodegeneration progression is shown, that can mean the existence of non-uniform mechanisms of pathogenesis at different stages of process. The above-mentioned should be taken into account at the teaching on post-graduate level the peculiarities of Parkinson's disease course.

Вступ. Як відомо, розвиток такої поширеної нейродегенерації, як хвороба Паркінсона (ХП) – невинно і поступово прогресуючий. Характеристика перебігу її не може бути повною без аналізу власне екстрапірамідних порушень. Але такий аналіз неможливо проводити в групі хворих, у яких захворювання відрізняється стадією процесу, тривалістю і, таким чином – глибиною і насиченістю розладів. Доцільно розглянути прояви синдрому паркінсонізму, виходячи насамперед із стадії захворювання, кожна з яких номінує певний етап у розвитку останнього і має не тільки кількісні, але і якісні відмінності. Останнє може передбачати, що прогресування захворювання, що зовні здається безперервним і майже лінійним, насправді проходить певні фази, в основі яких можуть лежати неоднорідні патогенетичні механізми.

Метою цієї роботи було проаналізувати клінічні відмінності на різних стадіях перебігу ХП і встановити тип останнього.

Основна частина. В процесі виконання довготривалого клініко-епідеміологічного спостереження за синдромом паркінсонізму у Вінницькій області (Подільський регіон України) утворилася група хворих (372 особи), які були обстежені клінічно за єдиним критеріальним підходом до встановлення діагнозу. На основі клінічних діагностичних критеріїв UKPDS банку мозку Великобританії [1] була виділена група хворих з ХП, яка складалась

з 256 осіб (122 чоловіки і 134 жінки) з різними стадіями захворювання.

Для стандартизації підходів ми використовували прийняту у світовій неврологічній практиці шкалу стадій за Hoehn & Yahr (1987) [2], яка є категоріальною та нелінійною, а описання і оцінку рухових розладів проводили за шкалою UPDRS [3], чутливість, достовірність та міжрейтингова надійність якої визнана на сьогодні найкращою [4].

Аналіз клінічних проявів різних стадій ХП проводили, об'єднавши їх у категорії: 1-у стадію з стадією 1, 5, 2-у з 2,5, а також 4-у і 5-у стадії. Мотивом є схожість критеріїв для визначення цих стадій і відсутність якісних відмінностей, в той час, як перша, друга і третя стадії процесу уособлюють саме якісну різницю в перебігу захворювання і структурі клінічних проявів.

Статистична обробка матеріалу проводилась за звичайними методами лінійного оцінювання. Мінімальний рівень достовірності різниці показників приймався як 0,05.

Розподіл хворих наближається до нормального, зі зрозумілим дещо різким спадом у правій частині гістограми. По-перше, шкала Hoehn & Yahr відома своєю не лінійністю – вона значно більш деталізована у першій половині порівняно з другою. А подруге, тяжкість розладів у 4-й та 5-й стадіях передбачає, вірогідно, і підвищену смертність, тому відносна кількість таких хворих очевидно менша. На наш погляд, малюнок розподілу стадій

Абсолютна кількість хворих із різними стадіями ХП в досліджуваній групі показана на рис. 1.

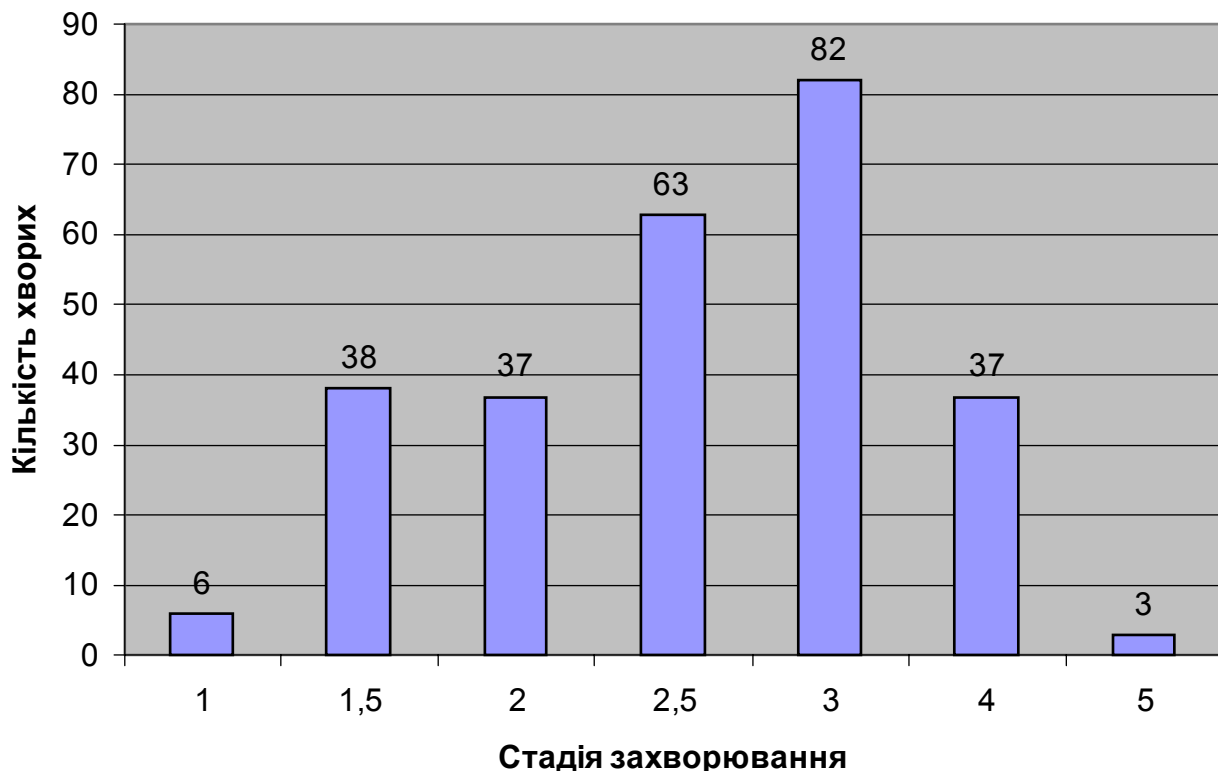


Рис. 1. Кількість хворих із різними стадіями ХП (n = 256).

у групі ілюструє реальну картину в популяції хворих Подільського регіону України і може слугувати важливим доповненням до епідеміологічних відомостей.

В таблиці 1 наведені середні оцінки синдрому паркінсонізму на різних стадіях захворювання.

Перший висновок, який можна впевнено зробити з даних таблиці, це достовірна відмінність стадій хвороби одна від одної. Це свідчить, насамперед, про валідність шкали і про те, що стадії хвороби за шкалою Hoehn & Yahr дійсно позначають якісно відмінні фази розвитку (в т.ч. генералізацію) захворювання. З цієї точки зору можна розглядати перехід до наступної стадії, як вичерпування можливостей компенсації і формування нового рухового патерну, можливо з участю нових патогенетичних механізмів. Прослідковується загальна залежність між зростанням показників UPDRS і збільшенням оцінок за стадіями хвороби. Єдиним виключенням є оцінка тремтіння. Хоча середні показники теж зростають від 1-ї до 5-ї стадії, але лінійність очевидно порушена. Це може означати, що тремтіння генерується окремим механізмом, відмінним від того, що відповідає за розвиток брадикінезії та ригідності. Відомий факт,

що хворі, у яких в клінічній картині паркінсонізму переважає тремтіння, що носить генералізований характер, помітно довше зберігають загальну рухову активність і спроможність до самообслуговування. Таким чином, тремтіння можна розглядати, як ключовий симптом у формуванні клінічних форм при хворобі Паркінсона, в той час як ригідність і брадикінезія демонструють певну лінійність впродовж розвитку захворювання.

Доцільно надати коротку характеристику окремим стадіям ХП і наголосити на тих моментах, які саме і позначають їх відмінність одну від одної.

Стадія 1. Характеризується, як унілатеральне захворювання. Фактично це моносимптомна маніфестація ХП (тремтіння в одній кінцівці або ригідність в одному з сегментів тіла). На цій стадії процесу дуже важко встановити діагноз, тому що більшість його критеріїв негативні. Можливо лише підозрювати розвиток ХП і порадити хворому звертатись для контрольного огляду кожних три місяці. Оцінка за шкалою UPDRS рідко перевищує 25 балів, а по III частині

(моторна функція) – 15 балів. У 6 наших хворих загальна середня оцінка становила $[19,83 \pm 3,37]$ бала (від 17 до 25 балів), а по III частині шкали –

10,67 ± 2,80 (від 7 до 14 балів). У людей похилого віку нерідко зустрічається загальний малюнок уповільнення та збіднення рухової активності, який, при бажанні, можна прийняти за прояв брадикінезії. Але виконання спеціальних тестів на рухову активність і спритність (руки і ноги) за критеріями

серйозний сумнів в зв'язку з тим, що дос-товірно виростає у таких хворих вірогідність більш ранньої смерті і скорочення тривалості життя [7].

Стадія 1,5. Від першої ця стадія відрізняється наявністю симптомів аксіального охоплення, до

Таблиця 1. Середні оцінки за шкалою UPDRS (загальна і окремі розділи), шкалою Swab & England на різних стадіях ХП (n = 256)

Параметри оцінки	Стадія 1 + 1,5 n = 44	Стадія 2 + 2,5 n = 100	Стадія 3 n = 82	Стадія 4 + 5 n = 30
Тривалість ХП	2,07 ± 1,26	3,63 ± 2,44	5,51 ± 3,33	10,90 ± 5,50
UPDRS (загальна)	28,95 ± 6,52	<u>49,60 ± 12,05</u>	<u>69,10 ± 11,88</u>	<u>100,57 ± 16,60</u>
UPDRS – I	1,55 ± 1,35	<u>2,52 ± 1,36</u>	<u>3,32 ± 1,65</u>	<u>5,37 ± 2,87</u>
UPDRS – II	8,84 ± 2,09	<u>14,90 ± 4,74</u>	<u>21,27 ± 3,89</u>	<u>33,20 ± 6,48</u>
UPDRS – III	18,57 ± 5,12	<u>32,18 ± 7,80</u>	<u>44,51 ± 8,67</u>	<u>61,97 ± 10,16</u>
UPDRS – II + III	27,41 ± 6,15	<u>47,08 ± 11,69</u>	<u>65,78 ± 11,37</u>	<u>95,50 ± 14,99</u>
Брадикінезія	1,45 ± 0,50	<u>2,07 ± 0,56</u>	<u>2,77 ± 0,62</u>	<u>3,83 ± 0,38</u>
Ригідність	3,48 ± 1,64	<u>6,44 ± 2,24</u>	<u>8,84 ± 2,81</u>	<u>12,67 ± 4,57</u>
Тремтіння	2,93 ± 1,37	4,69 ± 2,62	5,32 ± 3,39	7,13 ± 4,22 *
Постуральна нестабільність	0,14 ± 0,35	<u>0,77 ± 0,49</u>	<u>2,06 ± 0,40</u>	<u>3,13 ± 0,51</u>
Schwab & England	82,05 ± 6,32	<u>67,05 ± 9,95</u>	<u>49,14 ± 10,30</u>	<u>23,33 ± 8,54</u>

Примітки: 1. Підкресленням виділені середні показники, які відрізняються порівняно з попередньою стадією з достовірністю $p < 0,001$.

2. * – достовірність різниці з попередньою стадією $p < 0,02$.

шкали UPDRS є нормальним, в той час як при початкових проявах ХП ці тести виконуються з очевидними порушеннями і найголовніше – з очевидною асиметрією. Вони можуть слугувати меті диференційної діагностики і дозволяють уникнути гіпердіагностики (випадки фальш-позитивних діагнозів на ранніх стадіях захворювання) [5].

Лікування на першій стадії, як правило, не призначається. За нашим власним досвідом, його ефективність вкрай незначна, незалежно від типу препарату, що вживається. З суто деонтологічних міркувань можуть бути призначені помірні дози холінолітичних засобів центральної дії (циклодол, паркопан), коли пацієнту психологічно важко переносити період пасивного очікування. Рекомендація зі застосування селективного інгібітора MAO-B L- депреніла (селегілін, юмекс), який в деяких дослідженнях продемонстрував нейропротективні властивості і спроможність до уповільнення розвитку процесу дегенерації клітин чорної речовини [6], в останніх публікаціях ставиться під

яких відносяться порушення мови (легке зниження виразності, дикції та/або гучності), мімічної експресії (на рівні 1 – 2 балів за шкалою UPDRS), відхилення у тесті вставання з стільця (1 бал) і зміни у позі та ході мінімального ступеня. В нашій групі хворих із стадією 1,5 (38 пацієнтів) середні оцінки за вказаними тестами склали відповідно у балах: 0,63 ± 0,54 (мова), 1,66 ± 0,48 (вираз обличчя), 0,11 ± 0,31 (вставання з стільця), 0,66 ± 0,48 (поза) і 1,03 ± 0,28 (хода). Як видно зі статистичного аналізу, тільки порушення мімічної експресії та ходи стабільно відрізняються від нормальних і є, по суті, властивими для цієї стадії симптомами. Інші симптоми вже не обмежуються окремим сегментом, а розповсюджуються на половину тіла, створюючи картину так званого “геміпаркінсонізму”. За своєю сутністю це лише окрема стадія процесу і аж ніяк не його особлива форма. Загальні оцінки природно зростають [30,39 ± 5,67] бала – загальна і [19,82 ± 4,21] бала за III частиною шкали), але слід звернути увагу на появу

на цій стадії очевидних суб'єктивних скарг хворого на порушення функцій у повсякденній активності (II частина шкали, $[9,00 \pm 2,12]$ бала). Цей комплекс скарг і суб'єктивних оцінок пацієнтів суттєво допомагає як у встановленні діагнозу, так і у визначенні стадії хвороби. При цьому мова, слиновиділення порушені незначно, розладів ковтання немає взагалі. Порушення почерку є вже помітним ($[1,21 \pm 0,81]$ бала; велике стандартне відхилення пояснюється тим, що гемісиндром у частини хворих вражає недомінантну руку). Повсякденні вправи і активність, такі як приготування їжі та користування кухонним начинням ($[1,00 \pm 0,46]$ бала), одягання ($[0,87 \pm 0,41]$ бала), гігієнічні вправи ($[0,92 \pm 0,43]$ бала) і обертання у ліжку ($[0,82 \pm 0,51]$ бала) стають для пацієнтів очевидним показником зниження загальної рухової спроможності у зв'язку з хворобою. Ці показники є основними для визначення ефективності лікування поряд з динамікою тремтіння, загальної скутості чи порушень ходи. Останні стають суб'єктивно помітнішими ($[0,97 \pm 0,28]$ бала), хоча падінь чи застигань під час ходи на цій стадії ще немає. Основну увагу хворі звертають на тремтіння ($[1,82 \pm 0,61]$ бала, до 45% від максимально можливої оцінки), хоча його об'єктивний вимір ($[3,76 \pm 1,55]$ бала) складає на стадії 1,5 до 10% максимальної сумарної оцінки по цій позиції.

Стадія 2. Перехід до другої стадії з точки зору процесів адаптації означає їх декомпенсацію, так само, як і момент появи перших проявів захворювання. М'яка білатеральна хвороба – це охоплення симптомами протилежних кінцівок і чітке погіршення аксіальних проявів. Очевидно, що внутрішні механізми ХП набувають нового значення і, можливо, відрізняються не тільки за глибиною, але і за якістю біохімічних та рецепторних розладів. На цьому етапі з'являються помітні для хворого інтелектуальні порушення і зниження мотивації та ініціативи, відчутний депресивний тип реагування на хворобу (оцінка за I розділом шкали UPDRS $[2,41 \pm 1,67]$ бала). Зростає середній бал розладів повсякденної активності ($[11,97 \pm 4,94]$ бала), моторних порушень ($[26,84 \pm 7,47]$ бала) і сумарна оцінка ($[41,21 \pm 11,85]$ бала). Порушення ходи стають об'єктивно і суб'єктивно більшими, хоча падінь і застигань, вагань на старті ще немає. Водночас, більшість пацієнтів зазначає, що крім уповільненості ходи з'являється непостійне відчуття хитання. Це поки не підтверджується позитивними тестами на стійкість (тест

поштовху назад негативний), але позначає субклінічні прояви постуральної нестабільності.

Стадія 2,5. Вище вже говорилось про незначні відмінності стадії 2,5 від попередньої по суті. Єдина відмінність полягає у оцінці постуральної стабільності – поява ретропульсії під час перевірки тесту поштовху назад, але з самостійним відновленням рівноваги хворим (1 бал). Але в кількісному відношенні середній оціночний бал достовірно зростає порівняно з попередньою стадією: II частина – $[16,62 \pm 3,69]$ бала, III частина – $[35,32 \pm 6,15]$ бала і сумарний – $[54,52 \pm 9,15]$ бала ($p < 0,01$). Вже на цьому етапі простежується пряма залежність – підвищення загальної суми розладів до певної межі призводить до появи постуральної нестабільності і в більшій мірі це стосується аксіальних симптомів, а не латералізованих проявів. В цій групі хворих можна отримати відомості про поодинокі падіння (11 з 63) і нечасті поки що епізоди застигання під час ходи (звичайно, при проході вузьких місць) чи короткочасні вагання на старті.

За структурою ж синдрому, набору та асиметрії симптомів стадія 2,5 мало відрізняється від попередньої, так само, як, на перший погляд, і від наступної.

Стадія 3. Головне, що характеризує третю стадію ХП – відсутність постурального рефлексу. Хворі, яким результати тесту поштовху назад оцінені у 2 бали, беззаперечно повинні відноситись до третьої стадії хвороби. На перший погляд виникає протиріччя: при абсолютній більшості відомих захворювань класифікація їх стадій в тій чи іншій мірі має кореляцію з загальною тяжкістю клінічних проявів. В даному випадку ми маємо справу з феноменом, коли зміна оцінки на 1 бал по одному з показників веде за собою стрибкоподібну зміну оцінки стадії хвороби. Дійсно, середні оцінки за шкалою UPDRS на цій стадії становлять: I підрозділ – $[3,32 \pm 1,65]$ бала, II підрозділ – $[21,27 \pm 3,89]$ бала, III підрозділ – $[44,51 \pm 8,67]$ бала і загальна оцінка – $[69,10 \pm 11,88]$ бала. І хоча статистична достовірність різниці з попередньою стадією висока ($p < 0,001$), слід звернути увагу на помітно збільшене стандартне відхилення, що говорить про широкий діапазон коливань варіацій показників. Загальна оцінка коливається в межах від 42 до 97 балів (95% довірчий інтервал середньої – $[66,47 - 71,72]$ бала). Тобто зони оцінок у стадіях 2,5 і 3 чітко перекриваються і сама по собі абсолютна величина загальної оцінки ще не може бути орієнтиром чи фактором віднесення пацієнта до тої чи іншої стадії.

В цьому і полягає нелінійність шкали стадій Hoehn & Yahr, а також в цьому уособлена і її цінність як діагностичного та прогностичного інструменту. З другого боку, можемо бачити важливість симптомату постуральної нестабільності, як такого, що позначає стадійність процесу і знаменує при своїй появі перехід хворого до якісно іншого стану. Невипадково в останні два десятиріччя феномен постуральної нестабільності був, за згодою практично всіх дослідників, віднесений до кардинальних проявів захворювання поряд з брадикінезією, ригідністю м'язів та тремтінням у спокої.

Постуральна нестабільність не тільки якісно відрізняє третю стадію ХП від попередніх. Вона накладає відбиток і на ряд функційних проявів, виконання низки моторних тестів, ходу, що загалом призводить до різкого зниження повсякденної активності і спроможності хворих. Оцінка за шкалою Schwab & England становить $[49,14 \pm 10,30]$ бала (табл. 1), що означає утруднення практично у всіх сферах життєдіяльності і потребу у сторонній допомозі при виконанні всіх робіт. Діагноз на цій стадії практично не викликає сумнівів і ступінь втрати функцій стає приводом для максимально можливої активності терапії.

На цій стадії яскравих, розгорнутих проявів можна наочно переконатись у тому, який вплив на швидкість прогресування хвороби має термін її початку і вік хворих. Коефіцієнт кореляції між показником темпу прогресування і віком становить $0,43$ ($p < 0,05$), а між віком і тривалістю захворювання – $-0,74$

($p < 0,05$). Можна уявити, що процес нейродегенерації в клітинах чорної речовини має свою кінцеву точку, прив'язану до певного віку (приблизно на восьмому десятилітті життя), і темп прогресування є функцією часу маніфестації хвороби. Інше пояснення феномену може бути пов'язане із загальним адаптаційно-компенсаторним синдромом, можливості якого лінійно зменшуються зі зростанням віку хворих. У разі ж прямої і виключної залежності тяжкості клінічних проявів тільки від кількості дофамінових нейронів, що залишились, ми мали б зворотний результат – рання маніфестація мала б означати і більш злоякісний перебіг хвороби. Сучасні автори, зокрема російський патофізіолог Крижановський Г.Н. зі співавт. теж звертає увагу на роль компенсаторних механізмів мозку в генезі та перебігу захворювання [8].

Стадія 4 і 5. Ці дві стадії хвороби відносяться до кінцевих, термінальних. Принципово не

відрізняються між собою, але від попередніх відмінні саме у розумінні очевидної неспроможності хворих і їх залежності від оточуючих. Середня оцінка за шкалою Schwab & England знижується майже вдвічі порівняно з третьою стадією $[23,33 \pm 8,54]$ бала) і означає тяжку інвалідизацію. Хворі практично не спроможні виконувати спеціальні тести при оцінці за шкалі UPDRS (3 – 4 бали по окремих позиціях), і це приводить до високих загальних оцінок (табл. 1). Різко зростає також кількість суб'єктивних скарг, деякі з яких можуть сприйматись у площині супутніх захворювань (насамперед – вірогідних судинних уражень мозку). Ми проводили спеціальний аналіз, в тому числі “непаркінсонівських” скарг (головний біль, запаморочення, порушення мнестичної функції, сну та ін.) [9], і дійшли висновку, що немає підстав для якогось іншого їх трактування, а в абсолютній більшості вони інваріантно мають відношення до самого екстрапірамідного синдрому і його тяжкості.

Стадії 4 і 5 характеризуються очевидною появою специфічного феномену добових коливань у тяжкості проявів основних симптомів і загального стану хворого. Тенденція до неоднакової виразності симптомів протягом доби з'являється ще у третій стадії у деяких хворих, але є відчутною і суб'єктивно тяжкою ознакою саме термінальних стадій захворювання. Більшість авторів звертає увагу на цей прояв у зв'язку з тривалою терапією леводопними препаратами, як на ускладнення останньої. Це цілком справедливо, проте слід зауважити, що не тільки епізоди “on – off” (“включення – виключення”) з різкою часовою межею початку і закінчення, але і більш довгі періоди погіршення акінезії та ригідності з повільним розвитком і повторними коливаннями властиві кінцевим стадіям *per se*, незалежно від типу чи тривалості терапії. Вони значно поглиблюють неспроможність хворих і утруднюють догляд за ними. На жаль, не завжди звичайні терапевтичні втручання можуть дати позитивний ефект відносно цих проявів. Навпаки, деякі заходи, які на більш ранніх стадіях демонструють виправданий і зрозумілий результат, на стадіях 4 та 5 можуть парадоксально погіршити стан хворих. Це відбувається частіше на перших порах втручання і необхідно витримати певний час для зміни результату на позитивний. Така динаміка знов говорить на користь існування адаптивних процесів, які можна активізувати повільно, змінивши систему співвідношень у мозкових структурах, що потребує більше часу, ніж проста кількісна зміна синаптично-рецепторної передачі.

Закінчуючи короткий огляд стадій, які проходить ХП, необхідно наголосити на декількох моментах, які, на наш погляд, мають важливе значення. Насамперед, з точки зору клініко-епідеміологічного аналізу, розглянута нами група хворих має певні особливості. В зв'язку зі скрутним матеріальним становищем і соціо-економічними умовами, що склалися в період проведення дослідження, абсолютна більшість хворих не отримувала адекватної терапії. Навіть ті пацієнти, які вживали за показаннями дофамінергічні препарати, не отримували їх в достатніх дозах згідно з існуючими рекомендаціями і тяжкістю свого стану. Фактично, вони перебували на низькодозових режимах (цим пояснюється відносно невеликий відсоток леводопних дискінезій серед наших хворих), які не справляли суттєвого впливу на перебіг хвороби. В зв'язку з цим, досліджувана група представляє по суті приклад майже натурального перебігу захворювання і основні її показники можуть значно відрізнятися від тих даних, що наводяться в аналогічних сучасних спостереженнях, але з інших країн та регіонів. В цьому є як переваги, так і недоліки дослідження, хоча за умов епідеміологічного обстеження головна мета – адекватна характеристика ситуації, що реально склалася. Можливо, при поліпшенні умов лікування зміни у часовому тренді зможуть виявити інші законо-

мірності, які були приховані за даних обставин. Необхідно також знов нагадати, що відбір у групу був відносно “сліпим”, тому ми вважаємо її достатньо репрезентативною з точки зору існуючої популяції хворих Подільського регіону України. Це теж повинно братись до уваги при порівнянні отриманих нами даних з аналогічними іншими. Нарешті, увага, приділена нами діагностичному і рейтинговому інструментарію мала на меті підкреслити, що уніфікація оцінок при хворобі Паркінсона має більше значення, в тому числі прогностичне, ніж виділення окремих, нерідко слабо обґрунтованих клінічних форм.

Висновки: 1. Клінічний аналіз перебігу хвороби Паркінсона та відмінностей окремих її стадій демонструє, насамперед, нелінійний характер розвитку процесу. Зростання тяжкості ураження є не тільки кількісним з точки зору збільшення проявів окремих симптомів, але і якісним: послідовні стадії захворювання мають відмінний малюнок і відрізняються ще й терапевтичною реактивністю. Це передбачає існування різноманітних патомеханізмів, які проявляють себе на окремих стадіях розвитку процесу.

2. Викладання на післядипломному рівні особливостей клінічних проявів хвороби Паркінсона на різних стадіях її перебігу є обґрунтованим для забезпечення диференційованого лікувального підходу до цієї категорії хворих.

Література

1. Hughes A.J., Daniel S.E., Kilford L., Lees A.J. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinicopathological study of 100 cases // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 55. – P. 181-184.
2. Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression and mortality // *Neurology*. – 1967. – Vol. 17. – P. 427-442.
3. Fahn S., Elton R.L. Members of the UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's disease rating scale // In: *Recent development in Parkinson's disease* / Eds.: S. Fahn, C.D. Marsden, D.B. Calne, M. Goldstein. – New York: Florham Park, Macmillan Health Care Information, 1987. – Vol. 2. – P. 153–164.
4. Colcher A., Simuni T. Clinical manifestation of Parkinson's disease // *Parkinson's disease and parkinsonian syndromes / The Medical clinics of North America* / M. Stern, H. Hurtig, eds. – W.B. Saunders company, Philadelphia, 1999. – Vol. 83 (2). – P. 327-347.
5. Contribution of motor performance tests to the early diagnosis of Parkinson's disease / Kraus P.H., Klotz P.,

Steinberg R., Przuntek H. // *Early markers in Parkinson's and Alzheimer's diseases* / P. Dostert, P. Riederer, M. Strolin Benedetti, R. Roncucci (eds.). – Springer-Verlag: Wien, New York, 1990. – Vol. 1. – P. 41-48.

6. The Parkinson Study Group. Effects of tocopherol and deprenyl on the progression of disability in early Parkinson's disease // *New Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 328. – P. 176-183.

7. Lees A.J., on behalf of the Parkinson's Research Group of the United Kingdom. Comparison of therapeutic effects and mortality data of levodopa and levodopa combined with selegiline in patient with early, mild Parkinson's disease // *BMJ*. – 1995. – Vol. 311. – P. 1602-1607.

8. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Крыжановский Г.Н., Карабань И.Н., Магаева С.В., Кучеряну В.Г., Карабань Н.В. – М.: Медицина, 2002. – 336 с.

9. Московко С.П. Аналіз скарг у хворих на паркінсонізм // *Вісник Вінницького державного медичного університету*. – 2003. – Т. 7, № 1\1. – С. 77-79.

УДК 53:378:147].001:57

МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ФІЗИКИ

С.І. Жмурський

Запорізький державний медичний університет

MODELLING AT LEARNING OF PHYSICS

S.I. Zhmursky

*Zaporizhzhian State Medical University***У статті обґрунтовано переваги застосування моделей оптичних явищ при вивченні фізики студентами ВНЗ.****The article substantiates the advantages of application of optical phenomena models at learning of physics by students of higher educational establishments.**

Вступ. Вивчення фізики студентами нефізичних спеціальностей дуже часто пов'язано з певними складнощами. Це стосується і вищих медичних навчальних закладів, де фізика не може бути друго-рядною дисципліною.

Побудова математичних моделей реальних процесів та явищ ґрунтується на ряді підходів: стохастичні та детерміновані моделі, звичайні диференціальні рівняння, випадкові процеси, стохастичні диференціальні рівняння, нейромережі еволюційні алгоритми.

У той же час проблемою залишається використання розроблених моделей при опануванні природничих дисциплін, як наприклад, курсу фізики у вищому медичному навчальному закладі.

Основна частина. Метою роботи є показати як створені фізичні моделі реальних процесів природи дозволяють покращити процес опанування знаннями з фізики. Серед розмаїття форм діяльності з предметом виділяють матеріалізацію – реальне чи графічне перетворення об'єктів, в якому структурні компоненти представлені в знаково-символічній формі.

Матеріалізована дія – це дія, що здійснюється за допомогою знаково-символічних засобів: схем, діаграм, рисунків тощо. На початку формування нових знань, по можливості, всі структурні компоненти мають бути представлені в матеріально-матеріалізованій формі [1].

Знаково-символічна матеріалізація являє собою створення та використання специфічних наукових об'єктів, що є умовою існування та здійснення теоретичного мислення. Однією із форм знаково-символічної предметності виступають *моделі* – упредметнені знання і основні засоби наукового пізнання.

Модель – це уявна або матеріально реалізована система, що, відтворюючи об'єкт дослідження, здатна замінити його так, що вивчення її дає нам про цей об'єкт нову інформацію [2].

Модель є більш простою та доступною для розуміння, аніж сам об'єкт пізнання. Виступаючи лише заміником досліджуваного об'єкта, модель перебуває у певній відповідності з ним. Причому, ця відповідність може бути як *ізоморфною* (взаємно однозначна відповідність заміника та оригінала), так і *гомоморфною* (коли така однозначність відсутня). Ізоморфізм, проте, не передбачає існування єдиної моделі для досліджуваного об'єкта. Вибір моделі залежить від власне досліджуваної його властивості.

Побудова та використання моделі в пізнанні складають метод *моделювання*. Моделювання – це відтворення суттєвих властивостей досліджуваного об'єкта, створення його заміника та робота з ним.

Особливе місце серед моделей займають *навчальні моделі*. Навчальні моделі хоча і не є такими, що відкривають щось *нове*, проте, працюючи з ними, студент пізнає те, що було *йому* до цього *невідоме*. Працюючи з моделлю за формальними законами та правилами, властивими даній моделі, він порівнює отриманий результат роботи з дійсністю. Тобто, в процесі пізнання реальних явищ природи через отримані знання окремих фізичних явищ та законів можна легше досягти успіху, оволодівши вміннями моделювати (рис. 1).

У навчанні виділяють декілька типів моделей. Їх можна структурувати, розділивши на два класи: реальні та віртуальні. Поділ кожного класу на окремі типи представлений на рис.2.

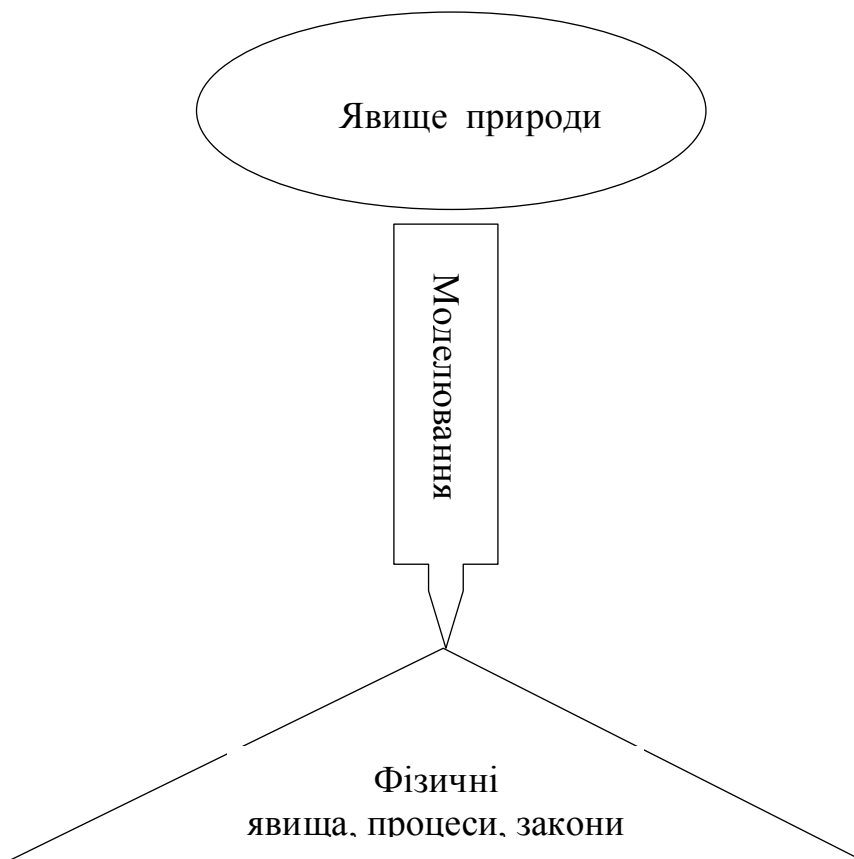


Рис.1. Схема послідовності вивчення закономірностей перебігу окремих фізичних процесів серед розмаїття явищ природи через моделювання.

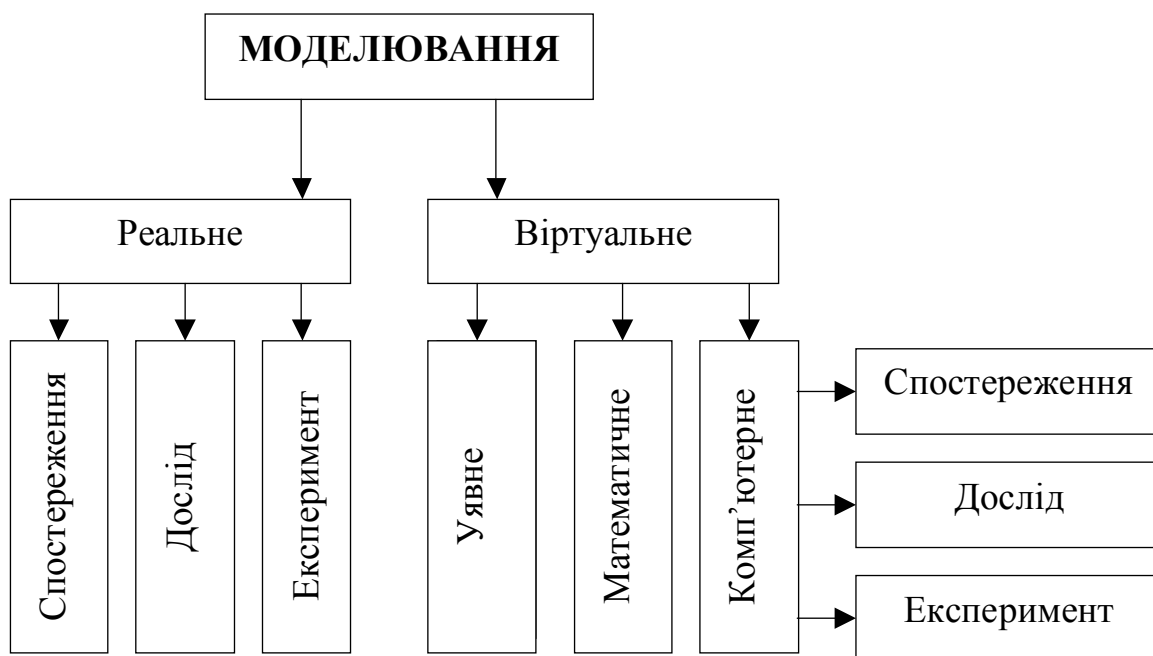


Рис.2. Типи моделювання.

До реальних типів моделювання належать: спостереження, дослід та експеримент. Вони розташовані у послідовності зростання надійності роботи моделі, яка при цьому потребує спеціально створених умов та додаткового обладнання.

До віртуальних моделей слід віднести *уявну, математичну та комп'ютерну*. Останній тип цього класу нематеріальних моделей має свій поділ, та потребує складного матеріального та програмного забезпечення.

Функція комп'ютерного моделювання забезпечується програмами різних рівнів. Деякі з них дозволяють лише продемонструвати модель, інші – надають у розпорядження користувача інтерактивну модель (її параметри можна змінювати), завдяки чому здійснюється перехід від рівня *комп'ютерного спостереження до комп'ютерного експерименту*.

І нарешті, програми-конструктори, так звані навчаючі середовища, дозволяють користувачеві безпосередньо на екрані комп'ютера створювати, не застосовуючи програмування (або майже не застосовуючи), комп'ютерні моделі, які він (комп'ютер) створює самостійно.

Практика показує, що студенти, які так і не набули вміння абстрагування не здатні створити фізичні моделі до текстової задачі, віддають перевагу розв'язуванню алгебраїчних виразів та числових прикладів, що уже є готовими математичними моделями.

В книзі “Моделирование биологических систем” [3] автор розглядає приклади математичних моделей реальних біосистем та приклади застосування математичного моделювання для діагностики, дослідження патологій, управління тощо. Всі навчальні моделі автор поділяє на три великі групи:

а) *предметні* – такі, що відтворюють структуру досліджуваного об'єкта, взаємозв'язок між окремими його частинами;

б) *енергетичні* (фізико-хімічні) – більш абстрактні, ніж предметні, не вимагають подібності до предметів оригіналу, так як моделюють лише ці функції.

До цієї групи належать апарати штучного дихання, кровообігу (модель серця), штучна нирка тощо, які постійно або тимчасово заміщують орган чи систему живого організму;

в) *інформаційні* – літературно-описові, а також математичні.

Розглянемо створення предметних моделей для експериментального вивчення реального природного органа зору людини – ока. Застосуємо для цього

послідовність дій, схематично представлену на рис. 1.

У природі лінза, як предмет для створення зображення, представлена краплиною прозорої рідини, бульбашкою газу та оком у людей чи тварин. Оптична система ока, що забезпечує побудову чіткого зображення на сітківці ока, складається із кришталіка та скловидного тіла. Моделлю для них може бути подвійно опукла лінза із оптично прозорого матеріалу. Як відомо, для корекції вад зору застосовують різновиди опуклих та увігнутих лінз. Саме на таких предметних моделях і вивчають такі фізичні процеси, як заломлення променів.

Заломлення променів у лінзі має цілий ряд уже відомих у фізиці закономірностей, які студент може експериментально дослідити за допомогою фрагменту лінзи. При цьому, фрагмент лінзи є більш простою та доступною для розуміння моделлю лінзи. Саме так, бо дозволяє дослідити без складного додаткового обладнання такі властивості лінзи, як оптичну силу та фокусну відстань; переконатися у наявності цілого ряду недоліків лінз: сферичної та хроматичної абераций. Реальний світловий промінь, що застосовувався у традиційних технологіях дослідження властивостей лінз, ми замінюємо уявною моделлю – відрізком прямої. Відрізок, з відомих причин, має бути коротшим за фокусну відстань досліджуваної лінзи та розміщуватися у проміжку між лінзою та її фокусом.

Розглянемо методику виконання лабораторної роботи “Визначення фокусної відстані та оптичної сили збиральної лінзи”.

За мету роботи учні можуть вибрати завдання експериментально визначити фокусну відстань збиральної лінзи, встановити залежність величини фокусної відстані від кольору променів і оцінити вплив кривизни поверхні на результати дослідження.

Як обладнання достатньо взяти фрагмент лінзи від набору із геометричної оптики, лінійку та набір кольорових олівців.

Робота з визначення фокусної відстані та оптичної сили збиральної лінзи полягає у вимірюванні відстані від оптичного центру до точки перетину пучка паралельних променів. В елементі лінзи від набору з геометричної оптики, що має симетричну форму, оптичний центр співпадає із геометричним. В інших випадках оптичний центр може бути визначений експериментально, за означенням, як точка лінзи, що не змінює напрямку поширення променя.

Спочатку на чистому аркуші паперу проводимо пряму, що означає головну оптичну вісь (ГОВ) та позначаємо на ній оптичний центр лінзи О (рис. 3а).

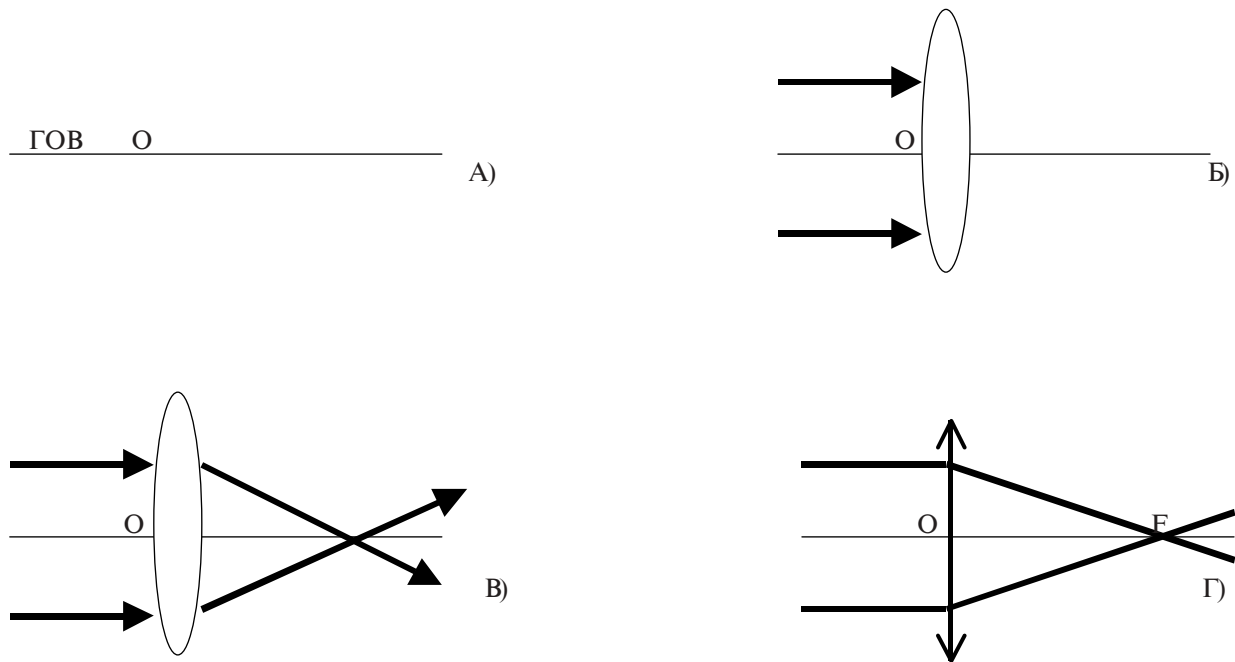


Рис. 3. Схема виконання лабораторної роботи “Визначення фокусної відстані та оптичної сили збиральної лінзи”.

Далі розміщуємо елемент лінзи симетрично до ГОВ так, щоб вона була перпендикулярною до сферичних поверхонь лінзи, та обводимо лінзу простим олівцем. Після цього на одну із сферичних поверхонь лінзи спрямувати пучок паралельних прямих (рис. 3б). Достатньо провести два такі відрізки, довжина яких має бути менша очікуваної величини фокусної відстані. В протилежному разі прямолінійність їх зображення буде порушена, що призведе до зниження точності результатів роботи. Потім ми розташуємо лінійку по інший бік лінзи так, щоб її край співпадав із зображенням у лінзі кожної лінії із пучка, та будуємо їх зображення (рис. 3в). Точка перетину зображень падаючих променів і буде шуканим фокусом F (рис. 3г).

Вимірявши відстань від оптичного центру лінзи до точки перетину зображень у лінзі пучка відрізків, паралельних до головної оптичної осі, отримаємо величину, що і буде відповідати фокусній відстані лінзи.

Якщо повторити роботу, виконавши побудову пучка відрізків прямих різними кольорами, то можна зробити висновок стосовно залежності величини фокусної відстані сферичної лінзи від кольору променя, а отже і його частоти. Доцільно також перевірити вплив на результат роботи розміщення падаючих променів відносно заломлюючої поверхні лінзи.

Якість та глибину розуміння засвоєного матеріалу студенти можуть перевірити на таких запитаннях :

1. Яку лінзу застосовують у конструкції лупи? Яке зображення дає лупа?

2. При яких вадах зору в окулярах застосовують збиральні лінзи?

3. Чому для чіткого зображення всього поля зору (край і центр) лупу доводиться переміщувати, змінюючи відстань до предмета?

Аналогічна робота, виконана на фрагменті сферичного дзеркала доводить, що хроматичної аберації дзеркало не має. Це один із показників, що дозволяє успішно застосовувати сферичні дзеркала у будові потужних телескопів. Для усунення сферичної аберації, дзеркала потужних телескопів роблять не сферичними, а параболічними.

Можна провести окрему лабораторну роботу зі спостереження сферичної та хроматичної абераций в лінзах. Мета роботи полягає у дослідженні залежності заломлюваної здатності лінз на різних відстанях від головної оптичної осі та від частоти падаючого випромінювання. Робота виконується на фрагменті розсіювальної лінзи із застосуванням інноваційної технології методом графічної візуалізації ахроматичних ліній у геометричній оптиці.

Для цього необхідно провести пряму лінію L , що імітуватиме головну оптичну вісь (ГОВ) лінзи, та вибрати на ній довільну точку O , що відповідатиме положенню оптичного центра лінзи (рис. 4а).

Після цього накласти фрагмент лінзи на папір так, щоб співпали точка O з оптичним центром, а L – з ГОВ (рис. 4б).

Тепер лінзу можна зняти з аркуша (для зручності виконання наступних побудов) та провести два коротких відрізка паралельно до L , бажано по один бік від ГОВ так, щоб вони лише доходили до заломлюючої поверхні лінзи (рис. 4в).

Довжина цих відрізків не повинна перевищувати фокусну відстань даної лінзи. В протилежному разі зображення у лінзі кінця відрізка буде нечітким, розмитим.

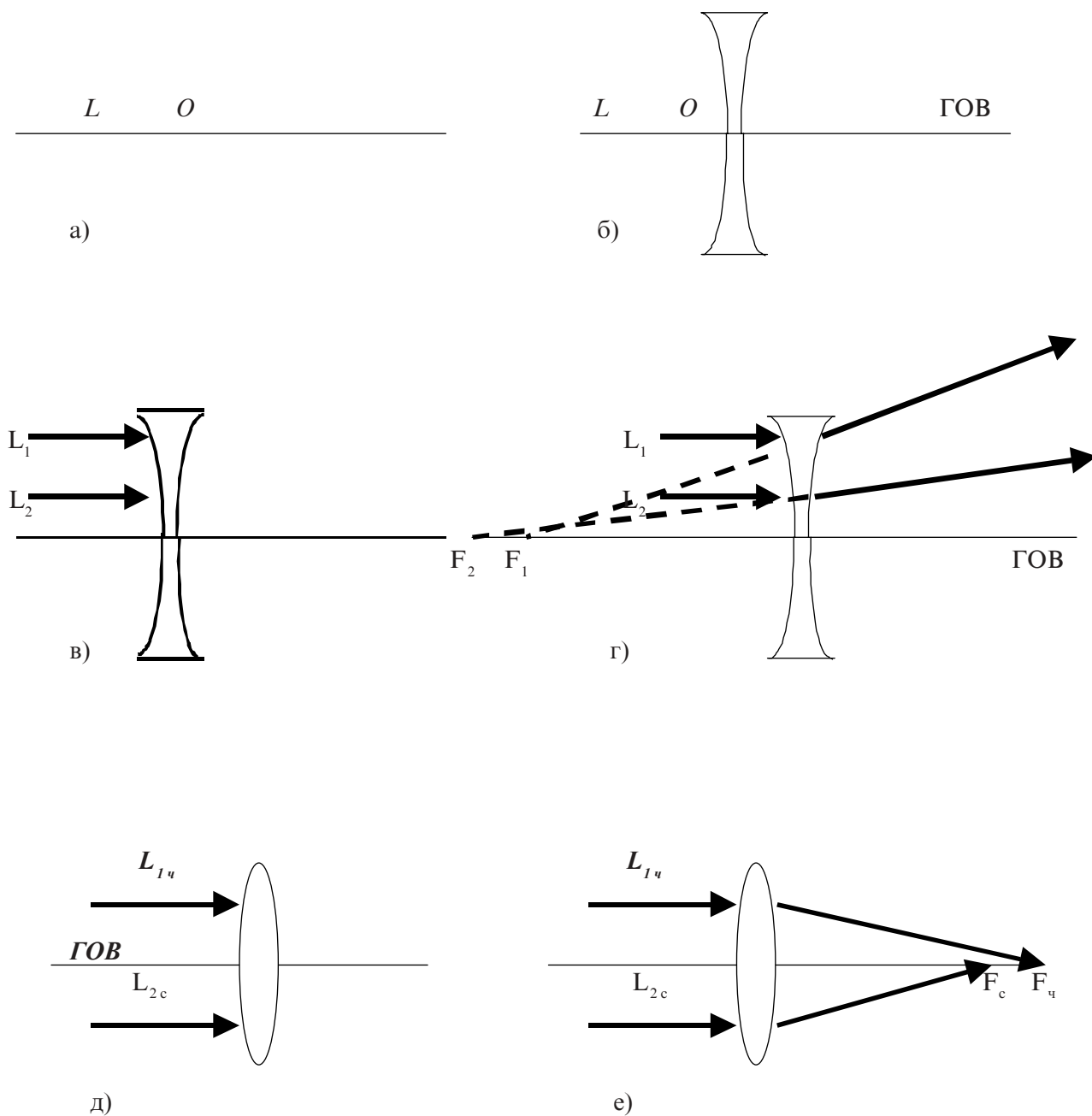


Рис. 4. Схема виконання роботи з дослідження хроматичної та сферичної аберації у лінзах.

Якщо тепер повторно накласти лінзу на своє зображення та спостерігати з протилежного боку лінзи зображення відрізків L1 та L2, то легко переконатись, що вони (зображення відрізків) перетнуть ГОВ не в одній точці, тобто окремо розділені положення фокусів F1 та F2 (рис. 4г) наочно підтверджують факт існування сферичної аберації у розсіювальній лінзі. Аналогічно можна виключити Розглянемо це ж саме явище на виконують різними кольорами (наприклад, червоним та синім) і розміщують симетрично відносно ГОВ, аби

Якщо тепер повторно накласти лінзу на своє зображення та спостерігати з протилежного боку лінзи зображення відрізків L1 та L2, то легко переконатись, що вони (зображення відрізків) перетнуть ГОВ не в одній точці, тобто окремо розділені положення фокусів F1 та F2 (рис. 4г) наочно підтверджують прояв прикладі з фрагментом збиральної лінзи. (рис. 4д, е).

З рисунка 4д видно, що два різнокольорові промені: червоний L1ч та синій L2с, що проходять однаковий шлях через лінзу, заломлюються по-різному (два різних фокуси Fс та Fч). Для усунення цього небажаного явища в оптиці, як відомо, застосовують системи лінз, що ускладнює будову оптичних приладів та збільшує втрати світла через багаторазове відбивання.

В астрономії телескопи-рефрактори частіше

Література

1. Салмина Н.Г. Виды и функции материализации в обучении. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. - 136 с.
2. Усова А.В., Бобров А.А. Формирование учебных

замінюють на рефлектори. Як відомо, сферичні дзеркала позбавлені хроматичної аберації, тоді як сферичну аберацію усувають застосуванням параболічних дзеркал. Відповідну інформацію можна запропонувати у вигляді контрольних запитань.

В кінці роботи студенти можуть перевірити глибини засвоєння вивченого матеріалу, опрацювавши наступні запитання:

Як в оптичних приладах усувають сферичну та хроматичну аберації?

2. Чи позбавлені аберацій сферичні дзеркала?

3. Як в астрономічних приладах найбільш доцільно усувати аберації?

Висновки: 1. Наведені приклади застосування моделей у фізиці при вивченні оптичних явищ переконливо доводять перевагу такого методу у навчанні. Процес моделювання, якому ми навчаємо своїх студентів, полегшує розуміння складних явищ природи через вивчені фізичні закономірності.

2. Використання моделей також можливе при опануванні елементами системного аналізу, включаючи розв'язання проблем стійкості, керованості, ідентифікації та спостережуваності, вивчення нелінійної динаміки та ін.

Ми продовжуємо працювати у напрямку створення нових моделей, що дозволить процес навчання зробити більш наочним та успішним.

умений и навыков учащихся на уроках физики. - М.: Просвещение, 1988. - 112 с.

3. Антомонов Ю.Г. Моделирование биологических систем: Справочник. - К.: Наукова думка, - 1977. - 280 с.

УДК: 61.. 340.6 + 378.14

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “ПЕДІАТРІЯ”

І.Г. Савка, О.Ф. Кулик

Буковинська державна медична академія

PECULIARITIES OF TEACHING FORENSIC MEDICINE FOR MEDICAL FACULTY STUDENTS IN SPECIALIZATION “PEDIATRICS”

I.H. Savka, O.F. Kulyk

Bucovynian State Medical Academy

У даній роботі відображені основні моменти нової навчальної програми з судової медицини для студентів медичних факультетів. Із власної практики подані особливості проведення навчального процесу та шляхи його оптимізації для студентів медичного факультету зі спеціальності “Педіатрія”.

The main points of the new curriculum in forensic medicine for the medical faculty students are shown in this article. The peculiarities of conducting the teaching process and the ways of its optimization for the medical faculty students in specialization “Pediatrics” are presented from our own practice.

Вступ. Судова медицина – галузь науки, яка вивчає питання медичного, біологічного та медико-криміналістичного характеру, що виникають у практичній діяльності органів правосуддя та законодавства у випадках злочинів, направлених проти здоров'я та життя громадян. Сучасна судова медицина вийшла далеко за межі прикладних знань. Окремі її розділи розроблені відповідно до кримінального та цивільного законодавства і викладаються тільки в судовій медицині. Знання з судової медицини важливі для всіх медичних дисциплін, оскільки без них неможливо обійтися при загальній підготовці лікаря.

Згідно з діючим кримінально-процесуальним Законодавством України (ст. 192, ст. 193 КПК України), кожен лікар може бути залучений до участі у проведенні окремих слідчих дій, огляду живих осіб та ін. [1].

Крім того, у процесі своєї повсякденної лікувально-профілактичної роботи лікар постійно стикається із питаннями, які мають відношення до захисту прав особи при заподіянні шкоди її здоров'ю, а в окремих випадках і життю. Це набуває особливого значення, коли записи в медичних документах (історії хвороби, амбулаторній карті) є єдиним доказом вини підозрюваного чи звинувачуваного.

Обов'язковими є також точна і повна діагностика змін, які виникли в організмі людини під впливом зовнішніх факторів, своєчасне виявлення і повідомлення органів влади про випадки гострозаразних

чи венеричних захворювань, повідомлення у правоохоронні органи про випадки тяжких травм або підозри на насилля, в тому числі й по відношенню до дітей.

Основна частина. Мета нашої роботи є відображення особливостей набуття теоретичних знань і практичних навичок та вмій студентами медичних факультетів зі спеціальності “Педіатрія” при вивченні ними судової медицини.

Навчальний процес у вищих навчальних закладах – це система організаційних і дидактичних заходів, спрямованих на реалізацію змісту освіти на певному освітньому або кваліфікаційному рівні відповідно до Державних стандартів освіти.

Навчальний процес базується на принципах науковості, гуманізму, демократизму, наступності та безперервності [2].

Судова медицина у медичних ВНЗ вивчається на V курсі, оскільки для її опанування необхідні знання із більшості базових і фахових предметів, які вивчаються на попередніх курсах.

З метою засвоєння студентами знань з теорії та практики навчальний процес слід проводити на високому науково-практичному рівні із застосуванням сучасних методів контролю знань.

Лекційний курс включає в себе 18 годин, в якому необхідно викласти новітні наукові дані з основних розділів судової медицини.

Для студентів V курсу зі спеціальності “Педіатрія”, як і для тих, хто вивчає лікувальну справу, згідно з програмою для студентів вищих медичних

навчальних закладів III-IV рівнів акредитації [3], обов'язковими є 36 годин аудиторних практичних занять. На них необхідно розібрати організаційні та процесуальні основи судово-медичної служби України, основні питання танатології, судово-медичної травматології, дії фізичних факторів та хімічних речовин, кисневого голодування, експертизи потерпілих, звинувачуваних та інших живих осіб, експертизи речових доказів біологічного походження.

Вважаємо також за доцільне включити у перелік практичних занять такі теми, як судово-медичну експертизу трупів новонароджених, особливості судово-медичного обстеження дітей та підлітків, особливості перебігу отруєнь у дітей та ін.

Під час цих занять студенти під керівництвом викладача вирішують також контрольні тестові завдання, обговорюють ситуаційні задачі, вивчають основні об'єкти судово-медичної експертизи, описують сухі та вологі макропрепарати.

Особлива увага приділяється заняттям, що проводяться у секційному залі. Тут студенти спочатку ознайомлюються із методикою судово-медичного дослідження трупів, а потім виконують і самостійний розтин, за яким оформляють курсову роботу після отримання даних додаткових методів дослідження до кінця навчального семестру. Виконанню цієї частини роботи сприяє створений на базі Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи науково-практичний комплекс із двома секційними залами. Один із залів призначений для самостійної роботи студентів під керівництвом викладачів, де вони у повному обсязі

виконують практичну експертно-діагностичну роботу. Водночас і практичні судово-медичні експерти залучаються до навчального процесу, демонструють різні випадки із своєї судово-медичної практики, сприяють набуттю студентами практичних навичок та вмінь. Такий підхід сприяє оптимізації навчального процесу, дозволяє підтримувати на високому рівні свою кваліфікацію практичним судово-медичним експертам та спільно вирішувати складні питання, що виникають у практичній експертній діяльності.

Навчальною програмою передбачено також 36 годин для самостійної позааудиторної роботи студентів, яку вони виконують протягом семестру у вигляді коротких рефератів в окремих зошитах за запланованими темами.

Опанування судовою медициною в рамках вимог, передбачених навчальною програмою із врахуванням запропонованих особливостей, дасть змогу майбутнім лікарям виконувати свою роботу із глибоким розумінням правових та судово-медичних аспектів медичної діяльності.

Висновки: 1. Виконання у повному обсязі навчальної програми з судової медицини із врахуванням запропонованих особливостей дає змогу студентам набути знання, практичні навички і вміння, необхідні для майбутньої практичної роботи. **2.** Профілізація предмета та створення науково-практичного комплексу сприяє оптимізації навчального процесу з судової медицини. **3.** Перспективними для подальших пошуків у даному напрямку є розробка і включення у навчальний процес із судової медицини спеціалізованих тем для студентів медичних факультетів за окремими спеціальностями.

Савка Іван Григорович, кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини Буковинської державної медичної академії, м. Чернівці, вул. Кишинівська, 2, тел. 8(0372) 52-74-05.

Кулик Олександр Федорович, кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини Буковинської державної медичної академії, м. Чернівці, вул. Кишинівська, 2, тел. 8(0372) 52-74-05.

Література

1. Кримінально-процесуальний кодекс України. – К.: Велес, 2004. – С. 87-88.
2. Про затвердження "Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах" //

Наказ Міністерства освіти України № 161 від 02.06.93.

3. Судова медицина // Програма для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. – К., 2002. – 28с.

УДК: 37:616.053.2 – 616.1

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ВИПУСКАЮЧІЙ КАФЕДРІ ДОНДМУ З РОЗДІЛУ “ДИТЯЧА КАРДІОРЕВМАТОЛОГІЯ”

Є.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, І.М. Островський, Т.П. Борисова,
М.С. Острополець

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

ORGANIZATION OF INDEPENDENT STUDENTS' WORK AT GRADUATING DEPARTMENT OF DONETSK STATE MEDICAL UNIVERSITY IN CHAPTER “CHILDREN CARDIO REUMATOLOGY”

Ye.V. Prokhorov, L.L. Chelpan, I.M. Ostrovsky, T.P. Borysova,
M.S. Ostroplets

Donetsk State Medical University by M. Horkey

Співробітники кафедри дитячих хвороб №1 Донецького державного медичного університету ім. М. Горького викладають власний досвід з організації керованої самостійної роботи субординаторів з освоєння розділів робочої програми на прикладі вивчення дитячої кардіоревматології студентами медичних факультетів.

The staff of the chair of children diseases N 1 of Donetsk State Medical University by M. Horkey present their own experience on organization of managed independent functioning of subordinators on mastering the sections of “working program” on the example of children cardiorheumatology study by medical faculty students.

Вступ. Одним з основних завдань викладання у вищому медичному навчальному закладі є підготовка випускників до самостійної діяльності, що припускає розвиток і мотивацію в студентів навичок, зв'язаних з пошуком необхідної інформації, виховання в них високої відповідальності за підсумки їх навчальної і наукової діяльності. Ці цілі повною мірою можуть бути досягнені шляхом організації самостійної роботи, що є однією із провідних форм проведення навчального процесу.

Самостійна робота студентів організується з урахуванням принципів, що припускають комплексність підходу, високий рівень знань, їх навчальний і творчий характер, індивідуалізацію, поступовість переходу від контролю цієї роботи з боку викладача до самоконтролю. Ефективність самостійної роботи визначається ступенем методичного забезпечення і максимально можливим контролем [1].

Основна частина. Ціллю цієї роботи співробітники кафедри дитячих хвороб №1 Донецького державного медичного університету ім. М. Горького вважають розповсюдження власного досвіду щодо організації керованої самостійної роботи з освоєння розділів робочої програми на прикладі вивчення

дитячої кардіоревматології студентами медичних факультетів.

Кафедра дитячих хвороб №1 Донецького державного медичного університету розробила методичні матеріали, що дозволяють керувати самостійною роботою студентів з розділу “Дитяча кардіоревматологія”. Варто відмітити, що тільки 2 заняття з 5 (або ж 40% всього обсягу навчальних годин) виносяться на самостійну роботу з цього розділу і складають, відповідно до встановлених нормативів, половину навчального часу, виділеного на вивчення дитячих хвороб для студентів медичних факультетів.

Теми для засвоєння у формі самостійної роботи присвячені порушенню серцевого ритму і провідності, а також інфекційному ендокардиту. Варто відмітити, що для вивчення теми з порушення серцевого ритму студент працює з ЕКГ-плівками, а рідкість інфекційного ендокардиту і відсутність хворих у клініці вимагає вивчення даної теми самостійно в домашніх умовах. Якщо при самонавчанні у студента виникають деякі труднощі, він може скористатися консультацією чергового викладача у спеціально встановлені для цього дні.

© Є.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, І.М. Островський,
Т.П. Борисова, М.С. Острополець

Вагомим доповненням до удосконалення методики огляду, перкусії й аускультатії серця дитини із серцево-судинною патологією, що проводиться під наглядом викладача, є можливість для студента скористатися комп'ютерною програмою для самонавчання, де записані серцеві шуми як функціональної, так і органічної природи, зв'язані з уродженими і придбаними (ревматичними) вадами серця.

Керованість самостійною підготовкою субординаторів забезпечується створеними на кафедрі методичними рекомендаціями з кожної теми, що призначені для самостійного вивчення. До змісту методичних рекомендацій включені матеріали, які підтверджують актуальність вивчення конкретної теми, чітко сформульовані загальні і конкретні цілі його, перелік навичок і умінь, якими субординатор повинен володіти з попередніх етапів навчання або ж які необхідно засвоїти перед тим, як приступити до вивчення даного розділу. Крім того, у методичних рекомендаціях пропонується система задач-моделей, складених за схемою державних ліцензійних іспитів "Крок-2", які охоплюють усі (вихідні і кінцеві) цілі вивчення зазначеного розділу. Поряд з цим, у рекомендаціях представлені вузлові питання теми, алгоритм диференціальної діагностики провідного патологічного синдрому, що спостері-

гається при розглянутій нозології, і нарешті, у методичних рекомендаціях містяться графі логічної структури теми, питання для самоконтролю, а також список літературних джерел (основних і додаткових), що рекомендовані для засвоєння як початкової, так і кінцевої мети навчання.

Критерієм об'єктивної оцінки засвоєння матеріалу в процесі самостійної роботи студента ми вважаємо підсумковий контроль за вивченням даних тем разом з питаннями робочої програми, що розглядаються при проведенні аудиторних занять.

Висновок. Таким чином, самостійна позааудиторна робота студентів з розділу "Дитяча кардіоревматологія" з обліком розроблених на кафедрі методичних рекомендацій є керованою, а винесення тем занять самостійної роботи на підсумковий контроль робить процес підготовки ще і контрольованим. Поєднання контролюючої діяльності викладача із самоконтролем студентів є запорукою високої ефективності самостійної роботи. Крім того, вона припускає творчий підхід студента до навчального процесу за рахунок самостійного пошуку матеріалу в періодичній спеціальній науковій літературі, а також вивчення і реферування основної та додаткової літератури.

Література

1. Волосовець О.П., Витенко І.С. Зміст і форми організації самостійної роботи студента у вищих

медичних навчальних закладах IV рівня акредитації // Медична освіта. – 2004. – №1. – С. 5-8.

УДК 616.12 - 009.7

КАРДІАЛГІЇ: НОВА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ В ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, В.О. Лихацька

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

CARDIALGIES: NEW INTERPRETATION IN PROPAEDEUTICS OF INTERNAL DISEASES

B.H. Buhay, S.M. Andreychyn, V.O. Lykhatska

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У цій публікації викладена наша інтерпретація кардіалгій з розшифруванням механізмів їх розвитку залежно від ураження різних структур серця, в тому числі й судин, що полегшить студентам, а також практичним лікарям, з'ясування причин появи больових відчуттів і на їх основі – верифікацію діагнозу серцево-судинної патології.

In this publication is proposed our interpretation of cardialgies with decoding of mechanisms of their development depending on injury of different structures of heart, including vessels. It facilitates to students and practical doctors to clarify the reasons of occurrence of painful feelings and on their basis to make the verification of diagnosis of cardiovascular pathology.

Вступ. Патологія серцево-судинної системи займає провідне місце в структурі захворюваності і смертності майже в усіх країнах нашої планети [1- 3].

Клінічна кардіологія – один з найважливіших розділів науково-практичної медицини – в даний час переживає винятково бурхливий розвиток. Змінюються уявлення про патогенез серцево-судинних захворювань, у практику впроваджуються складні комплекси лабораторних і функціонально-діагностичних методик обстеження хворих. Крім того, що особливо важливо, змінюються уявлення про традиційні методи терапії серцево-судинних захворювань, опрацьовуються нові високоефективні організаційні форми і методи лікування.

Не дивлячись на це, дана проблема далека від вирішення і знання клінічних методів обстеження серцево-судинних хворих, що в нових умовах не тільки не втратили свого значення, але й набули ще більшої актуальності.

Важливість розпитування хворого неочініма. Воно дає більш як 50% діагностичної інформації. Близько 30% її припадає на дані об'єктивного обстеження і лише 20% – на лабораторно-інструментальні методи. Крім того, в розпитуванні, особливо вмілому, завжди є елементи психотерапії, що також немаловажно [4].

Метою роботи була систематизація кардіалгій в контексті ураження різних структур серця з наступним використанням зазначеної інформації в діагностиці серцево-судинних захворювань та оптимізації ефективності навчального процесу.

Основна частина. Хворі з патологією серцево-судинної системи скаржаться на біль у ділянці серця, перебої в його роботі, прискорення чи сповільнення частоти серцевих скорочень, відчуття власного серцебиття, задишку, кашель, кровохаркання, запаморочення, шум у вухах і голові, дратівливість, порушення сну, мерехтіння “мушок” перед очима, важкість в правому підбер'ї, набрякання ніг, припухання суглобів, підвищення температури тіла, загальну слабкість та ін.

Біль у ділянці серця – кардіалгія – є симптомом великого числа захворювань, нерідко не зв'язаних з патологією серцево-судинної системи. За винятком стенокардії, інфаркту міокарда, тромбоемболії легеневої артерії і деяких інших захворювань (лівобічний пневмоторакс, перфорація шлунка і тощо), біль у ділянці серця, як правило, не є дуже небезпечним симптомом. Проте саме біль приводить до лікаря таких пацієнтів, у яких це відчуття є лиш відправним рубежем діагностичного пошуку, невдача у якому може вартувати життя хворій людині.

Тому в Стародавній Греції серед лікарів побутувала приказка: СБіль – це вартувий пес здоров'я С.

© Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, В.О. Лихацька

А французький вчений R. Leriche сказав: “Біль – це драма в двох діях, з яких перша розігрується в наших тканинах при погашених вогнях, у непроглядній темноті, навіть без натяку на больові відчуття. І лише в другій дії запалюються свічі – провісники пожежі, загасити яку в одних випадках трудно, а в інших – неможливо. Ось у цей час виникає біль. Як нестримна лавина, захоплює він нашу свідомість для того, щоб зробити наше життя ще печальнішим, ще складнішим і тяжчим, а стан – нічим непоправимим” [5]. Це особливо актуально, коли біль зумовлений серцево-судинною патологією. Проте в підручниках та посібниках з пропедевтики внутрішніх хвороб, а також у спеціальній літературі [5-17] больові відчуття кардіологічних хворих описані не досить коректно і позбавлені диференціації та систематизації, що утруднює не тільки для студентів, а й для практичних лікарів, діагностичну інтерпретацію больових проявів.

А тим часом, досвідчені кардіологи для верифікації інфаркту міокарда випитують хворого про пекучий біль у ділянці серця або, наприклад, епігастрії. Стенокардію визначають за стискаючим болем і т.д. Тому, на основі багаторічної клінічної практики та педагогічної роботи, в цій публікації ми зробили спробу вирішити окремий аспект даної проблеми, запропонувавши власне її бачення.

Умовно всі больові відчуття в ділянці серця можна поділити на дві великих групи: псевдокардіалгії та істинні кардіалгії. Псевдокардіалгії зумовлені позасерцевими чинниками: остеохондрозом хребта, панкреатитом, холециститом, виразкою шлунка та стравоходу, діафрагмальною грижею, синдромом Тітце та ін. Вони підлягають окремому вивченню.

Істинні кардіалгії – це ті, що зв’язані з безпосереднім ураженням структур серцево-судинної системи: коронарних артерій, міокарда, перикарда, ендокарда.

Коронарогенний біль, що виникає внаслідок звуження просвіту вінцевих артерій (спазм, атеросклероз, тромб, ембол), носить назву ішемічного або стенокардичного, а біль, що виникає при запальних ураженнях цих судин, називається запальним (псевдостенокардичним, коронарораскулітним).

Стенокардичний біль локалізується за грудниною, зліва від груднини (при ішемії передніх і передньо-лівих відділів серця), а також в епігастральній ділянці (ектопічна кардіалгія) при ішемії

задніх і задньодіафрагмальних відділів серця. За емоційним сприйняттям це здебільшого стискаючий біль, переважно інтенсивний, нападopodobний, з іррадіацією в будь-яку ділянку лівої верхньої половини тіла. Цей біль триває від декількох секунд до 15-20 хв, нерідко супроводиться страхом смерті, нівелюється або щезає після приймання селективних коронаролітиків (нітрогліцерин, корватон, корінфар, анаприлін тощо). Він виникає на фоні фізичних чи емоційних навантажень (стенокардія “напруження”) чи в стані спокою внаслідок спазму вінцевих судин серця (стенокардія “спокою”). Інколи мають місце ситуації, коли самого болу в ділянці серця немає, але існує тільки його іррадіація (больові відчуття в лівій мочці вуха, лівому плечовому суглобі, променево-зап’ястному суглобі, зубний біль в лівій половині нижньої щелепи і т.п.). Таке явище називається ентропійною (від слова “ентропія”, що означає випадіння) кардіалгією.

Біль при коронарораскулітах локалізується по обидва боки від груднини в ділянці проекції серця на передню поверхню грудної клітки, відзначається незначним стисканням без чіткої іррадіації, має більш-менш монотонний перебіг на фоні ознак запального процесу і полегшуються прийманням неспецифічних протизапальних засобів (метиндол, вольтарен, ремесулід і т.д.).

Біль, зв’язаний з ураженням міокарда, буває двояким. При інфаркті міокарда на фоні стенокардичного болу (наростаючого, тривалого) або без нього з’являється інтенсивний пекучий біль, що його хворі порівнюють з відчуттям, яке може бути зумовлене прикладанням до серця розжареного заліза. Генез цього болу невідривний від процесів автопротеолізу, реакція яких є екзотермною, і асептичного запалення, що мають місце при ішемічному некрозі.

Біль може бути настільки сильним, що, крім призначення нітратів, антагоністів кальцію чи бета-блокаторів, доводиться застосовувати наркотики (промедол, омнопон та ін.). Локалізація цього болу така ж, як і при стенокардії.

При передньому і передньо-боковому інфаркті він локалізується за грудниною або зліва від груднини. При задньому і задньодіафрагмальному інфаркті має місце ектопічна кардіалгія: біль локалізується в епігастрії, симулюючи клініку “гострого живота”, що нерідко призводить до помилкового оперативного втручання з фатальними наслідками. При “високому” задньому інфаркті, що трапляється рідко, біль первинно

локалізується в лівій частині міжлопаткового простору.

Як уже зазначалося вище, лікарям відомі непоодинокі випадки, коли хворі з інфарктом міокарда безуспішно лікувались у стоматологів з приводу зубного болю, ЛОР-спеціалістів, невропатологів і, навіть, психіатрів – з приводу болю у лівому вусі, частіше його мочці, артрологів – з приводу болю у суглобах лівої руки і т.д. Цей феномен, ентропійна кардіалгія – біль іррадіації без болю в ділянці серця – одна з характерних ознак інфаркту міокарда.

При запальних і дегенеративно-дистрофічних змінах в міокарді біль локалізується в ділянці проекції серця на передню поверхню грудної клітки, має характер від помірно печучого до ниючого з монотонною, часом багатоденною тривалістю, без якоїсь вираженої іррадіації, і полегшується внаслідок протизапальної та метаболічної терапії.

Інтенсивний колючо-деручий постійний біль в проекції серця на передню поверхню грудної клітки, в т.ч. й справа від груднини, що значно посилюється при зміні положення тіла в будь-який бік від напівсидячого з легким нахилом вперед, характерний для сухого перикардиту. Цей біль зумовлений тим, що на поверхні листків перикарда, які в нормі гладенькі і зволожені рідиною, відкладаються фібринові шипи, які при скороченні серця є основним травмуючим "інструментом". Він іррадіює в ліву руку, епігастрій, ділянку лівої лопатки.

При ексудативному перикардиті біль спочатку може нагадувати такий, як при сухому перикардиті, але в міру нагромадження рідини він щезає і з'являються відчуття одночасного тиснення і розпирання в передніх відділах грудної клітки (з деяким зміщенням вліво), що має постійний характер (компресійно-декомпресійний больовий синдром). Крім цього, рідина, що скупчилась між листками перикарда, тиснучи на коронарні судини, збільшує їх опір протіканню крові. Зменшується також і систолічний викид, а з ним – і кількість крові, що попадає в коронарні артерії. Страждає і діастолічне наповнення. Таким чином, виникає стенокардиноподібний біль, але, на відміну від істинної стенокардії, він постійний, не має вираженої іррадіації та зменшується при відсмоктуванні рідини, прийманні сечогінних препаратів в комбінації з серцевими глікозидами.

При злипливому (адгезивному) перикардиті має місце тракційний (тягнучий) біль, який посилюється при створенні умов для натягнення спайок.

Наприклад, якщо спайка розташована ззаду, то тягнучий біль з'являється чи посилюється в положенні на животі, і навпаки. При розташуванні спайки з одного боку болі тягнучого характеру поширюються в положенні на протилежному боці.

При трансмуральному інфаркті міокарда, коли в процес втягується й епікард з наступним розвитком асептичного сухого перикардиту хворі, поряд з інтенсивним стискаючим і печучим болем, через декілька годин відмічають у відповідній ділянці також колючо-деручий біль: в передніх відділах – при передньому інфаркті, в задніх відділах грудної клітки (ліва частина міжлопаткового простору) та епігастрії – при задніх і задньодіафрагмальних локалізаціях трансмурального інфаркту міокарда.

Сам ендокард неболючий, тому ізольовані запальні процеси в ньому можуть перебігати малосимптомно, залишаючи після себе вади серця, що можуть навіть через багато років проявлятися певними больовими відчуттями. В зв'язку з тим, що в міокарді розвиваються дистрофічні зміни, хворі відмічають ниючий неінтенсивний біль в ділянці серця, монотонні, без іррадіації, що полегшуються після приймання метаболічних препаратів в комбінації з серцевими глікозидами. Крім того, порушення гемодинаміки, обумовлені зменшенням систолічного викиду (мітральний стеноз, мітральна недостатність, аортальний стеноз), призводять до зменшення інтенсивності коронарного кровообігу, що в свою чергу проявляється стенокардитично-подібним болем. Проте, він не є нападоподібним, менш інтенсивний, довготриваліший, рідше іррадіює. Такий же біль має місце і при аортальній недостатності, проте він зумовлений не зменшенням систолічного викиду (він може бути більший, ніж у нормі), а відсутністю фази замкнених клапанів аорти, що створює ефект відсмоктування крові з коронарних судин при її стрімкій регургітації з аорти в порожнину лівого шлуночка (ефект пульверизації).

Висновки 1. Біль в ділянці серця (кардіалгія) належить до важливого симптомокомплексу багатьох патологічних станів, насамперед серцево-судинної системи, що передбачає диференційовану його оцінку з метою правильної верифікації діагнозу.

2. Подання цих питань у навчальній та й в монографічній літературі є недостатньо систематизованим, що не відповідає запитам практики.

3. Запропонована нами класифікація кардіалгій з урахуванням механізмів їх виникнення дозволить полегшити студентам вивчення серцевої патології, а на основі правильного діагнозу навчитися призначати правильне лікування.

Література

1. Шумаков В. Ішемічна хвороба серця: сучасні підходи до лікування. – Ваше здоров'я. – 2000. – № 28 (306). – С. 6.
2. Щерба М. Гострих інфарктів стало менше. – Ваше здоров'я. – 2000. – № 69 (547). – С. 3.
3. Матвеева Н. Ледяной холод, а затем настоящий “пожар” в области сердца должны заставить больного немедленно вызвать “скорую помощь” // Факты и комментарии. – 1999. – № 40 (0084). – С. 7-8.
4. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: Пер. с нем. / Под ред. Е.М Тареева. – М.: Медицина, 1965. – 794 с.
5. Жмуров В.А., Малишевский М.В. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Медицинская книга, 2001. – 288 с.
6. Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева. – М.: Медицина, 1983. – 640 с.
7. Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней / О.Г. Довгялло, Л.С. Сипарова, Н.М. Федоренко и др. – Минск: Вышэйшая школа, 1986. – 190 с.
8. Шаповал И.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 279 с.
9. Василюк В.М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження). – Тернопіль, 1997. – 236 с.
10. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. – К.: Здоров'я, 1998. – 504 с.
11. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
12. Шелагуров А.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Медицина, 1975. – 480 с.
13. Шкляр Б.С. Диагностика внутренних болезней. – К.: Вища школа, 1972. – 516 с.
14. Шедов В.В., Шапочник И.И. Курс пропедевтики внутренних болезней в схемах и таблицах. – Челябинск, 1995. – 382 с.
15. Карапата А.П. Диагностический справочник терапевта. – К.: Здоров'я, 1975. – 224 с.
16. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей. – 2 изд., перераб. и доп. – М.: 1988. – 592 с.
17. Спутник кардиолога / Под ред. К.Ю. Юлдашева. – Медицина: Ташкент, 1979. – 344 с.

УДК: 613.84:154.4: 371.302.5

ВИНИКНЕННЯ І РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КУРІННЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ МІСЬКИХ ШКОЛЯРІВ

В.С. Василик, І.Д. Кухар

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

OCCURRENCE AND SPREADING OF SMOKING IN CONNECTION WITH PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE URBAN SCHOOLCHILDREN

V.S. Vasylyk, I. D. Kukhar

Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov

Проводилось вивчення розповсюдженості куріння серед школярів міста обох статей. Проаналізовано гендерні особливості щодо куріння і виявлено зв'язок між психологічним станом особистості та початком куріння серед підлітків, що може лягти в основу проведення профілактичних заходів серед цього контингенту населення. Подібні відомості є важливими при викладанні основ психології та психіатрії.

We have investigated the spreading of smoking among schoolboys and schoolgirls of our city. The gender peculiarities concerning smoking have been analysed and the interrelation between the psychological condition of personality and the start of smoking has been revealed. It can be the basis of preventive measures among this contingent of population. Similar information is important while teaching the principles of psychology and psychiatry.

Вступ. Велике занепокоєння викликає збільшення шкідливих звичок серед підлітків як найбільш ризикового контингенту населення. Серед них найбільш небезпечне куріння.

За споживанням цигарок в абсолютних цифрах Україна посідає 17 місце серед усіх країн світу; 1,5% світової тютюнової продукції споживається в Україні, тоді як населення України складає не більше, як 0,85% від населення Землі. За даними ВООЗ, 18% усіх смертельних випадків в Україні викликано курінням тютюну: 31% серед чоловіків та 6% серед жінок. Куріння тютюну опосередковано кожен рік призводить до передчасної смерті близько 4 млн осіб. Смерть від раку українських чоловіків, викликана курінням, становить більше ніж половину випадків (53%) [1].

Існує велика кількість теорій, що розглядають психологічні умови виникнення шкідливих звичок.

Так, за теорією Сельє, девіантна поведінка може бути результатом стресу, зумовленого психотравмою. Стрес може бути інформаційним, емоційним. Якщо свідомість людини не може нейтралізувати негативні переживання, вони переходять у підсвідомість, а потім на тілесний рівень, провокуючи виникнення захворювань, шкідливих звичок. З точки зору екзистенціальної теорії, девіантні прояви можуть бути особливою формою відчуженого існування особистості, способом подолання

екзистенційного вакууму, що виникає при зникненні можливості побачити, спрогнозувати своє майбутнє, реалізувати свій "життєвий план". Тому людині так необхідно усвідомити себе вільною особистістю, здатною до самодетермінації.

Шкідливі звички також порівнюють із неврозом нав'язливих дій, після виконання "ритуалу" куріння на певний час зменшиться тривога, викликана конфліктом між потребами та можливостями особистості.

Саме в сім'ї дитина бачить приклад вживання алкоголю та куріння. На сьогодні у суспільстві з'явилась соціальна толерантність до "несхожості" (девіантної поведінки), її намагаються зрозуміти, виправдати, посилаючись на власний вибір кожного.

До куріння, вживання алкоголю, наркотиків людину підштовхує і стиль виховання в сім'ї, якщо він співпадає з відповідною сенситивною акцентуацією [2].

Виникнення шкідливих звичок у підлітковому віці обумовлено в багатьох випадках особливостями фізіологічного і психологічного елементів розвитку і є наслідком неадекватного поведінкового рішення особистісних потреб підлітка, специфічних для даного віку [3].

В роботах деяких вітчизняних авторів проводилось вивчення характерологічного типу особистості підлітків, що важливо для визначення ризику наркоманій і токсикоманій. Виділили 4 психологічні

© В.С. Василик, І.Д. Кухар

типи особистості, схильні до наркотичної залежності: 1 – інфантильні; 2 – невпевнені в собі, з вразливою психікою; 3 – емоційно нестабільні, схильні до депресій; 4 – дратівливі, запальні, не здатні стримати гнів [4, 5].

Робіт з вивчення зв'язку куріння з наявністю психологічних проблем серед підлітків обох статей мало. Тому вивчення психологічних особливостей міських підлітків у віці 12-16 років, які курять або не курять, і стало метою нашого дослідження.

Основна частина. Завданням нашого дослідження був аналіз психологічного стану підлітків і вивчення їх характерологічних особливостей, розповсюдженість куріння серед контингенту підлітків і зв'язок куріння з якістю психологічного стану.

Нами проводилось вивчення психологічних особливостей школярів у віці 12-16 років за допомогою тестування згідно з методикою Mini mult. За цим тестом нами виділено 2 групи школярів-підлітків: 1 – з нормальним психологічним станом, 2 – акцентуацією характеру і межовими психологічними розладами (послаблений психологічний стан). Після тестування з кожним підлітком проводилась співбесіда для підтвердження отриманих даних.

Обстежено 378 підлітків. Серед них проводилось анонімне опитування про наявність куріння.

Згідно з отриманими даними, курять 209 підлітків (55,2 %) і не курять 169 осіб (44,8 %). Гендерні особливості: серед хлопців-школярів курять 57 %,

а серед дівчат – 43 %. Статистично різниця не суттєва в показниках куріння залежно від статі, що типово для школярів міста (табл.2).

За даними опитування, причини, що спонукали до куріння серед усіх підлітків такі: “хотілося відчувати себе дорослим” – 27 %, “поганий настрій” – 18 %, “примусили” – 4 %, “запропонували друзі” – 13,6 %, “було цікаво” – 36,6 %.

Встановлена певна ступінь залежності між розповсюдженістю куріння і неблагополуччям у віково-психологічному розвитку. Серед підлітків першої групи статистично достовірно більше осіб, які не курять, ніж тих, хто курить ($p < 0,01$). В той же час, підлітки, що курять складають статистично достовірну більшість в 2-ій групі порівняно з тими, хто не курить в цій групі ($p < 0,01$). При аналізі гендерних особливостей виявлено, що серед хлопців достовірно більше осіб, які курять і віднесені до 2-ої групи (мають послаблений психологічний стан), ніж осіб, що не курять і віднесені до 2-ої групи ($p < 0,05$). Серед дівчат також статистично достовірна різниця між тими, хто курить і не курить і має послаблений психологічний стан ($p < 0,05$) (табл. 3 і 4).

Акцентуації виявлені переважно за шкалами: іпохондричність, депресивність. Такі особи характеризуються підвищеною вразливістю, загостреним почуттям власної неповноцінності, що і підштовхує до шкідливих звичок як шляху визнання серед однолітків та подолання конфлікту особистості.

Табл.1 Частота куріння залежно від психологічного стану підлітків (у % до підсумку)

Психол. стан	Курять		Не курять		P
	Абс.	М±m	Абс.	М±m	
Норм. псих.стан	55	26,3±3,0	134	79,3±3,1	< 0,01
Послаблен. психол.стан	154	73,7±3,0	35	20,7±3,0	< 0,01

Табл. 2. Частота куріння серед школярів 12-16 років залежно від статі (у % до підсумку)

Стать	Курять		Не курять		p
	Абс.	М±m	Абс.	М±m	
Хлопці	119	57,0±3,4	66	39,0±3,7	> 0,05
Дівчата	90	43,0±3,4	103	61,0±3,7	> 0,05

Табл.3. Частота куріння серед хлопців, залежно від психологічного стану (у % до підсумку)

Психол. стан	Хлопці, що курять, n=119		Хлопці, що не курять, n=66		р
	Абс.	М±m	Абс.	М±m	
Нормальний психол. стан	30	25,2±3,9	46	69,7±5,6	< 0,05
Послаблений психол. стан	89	74,8±3,9	20	30,3±4,2	< 0,05

Табл.4. Частота куріння серед дівчат залежно від психологічного стану (у % до підсумку)

Психол. стан	Дівчата, що курять, n=90		Дівчата, що не курять, n=103		р
	Абс.	М±m	Абс.	М±m	
Нормальний психол. стан	25	27,7±4,7	88	85,4±3,7	< 0,05
Послаблений психол. стан	65	72,2±4,7	15	14,6±3,4	< 0,05

Висновки: 1. Виявлені зв'язки раннього початку виникнення шкідливих звичок з неблагополуччям у віковому психологічному розвитку дозволяють зробити акцент профілактичної роботи не тільки на обізнаності про вплив шкідливих звичок, але і на вихованні-корекції негативних стосунків у колективі однолітків, розвитку самооцінки підлітка і навчанні елементам саморегуляції, а також допомагають у виборі адекватних форм індивідуальної і сімейної психотерапії із враху-

ванням акцентуації в характері. 2. Найбільш результативною є психотерапевтична корекція рис характеру, які сприяють виникненню шкідливих звичок. 3. Виявлений зв'язок раннього початку виникнення шкідливих звичок з неблагополуччям у віковому психологічному розвитку повинен враховуватись при викладанні психології і психіатрії. 4. Перспективними є подальші дослідження особливостей характерологічних рис особистості підлітка з девіантними проявами.

Література:

1. Беспалько В.В. Проблеми статевого розвитку і вживання психоактивних речовин // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 1 (5). – С.70-73.
2. Лукашенко М.В., Корольова Н.Д. Питання здорового способу життя в психології // Матеріали 21-ї науково-практичної конференції вищих навчальних закладів Вінницької області. – 2003. – С.108-109.
3. Масленникова Г.Я. Можливості профілактики паління серед підлітків // Політика і стратегія

- профілактики захворювань і зміцнення здоров'я. – 2003. – № 5. – С. 3-7.
4. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 6. – С.16-19.
5. Слєпченко Н.С. Медико-соціальні аспекти тютюнопаління серед підлітків віком 13-16 років // Вісник Вінницького національного медуніверситету. – 2003. – № 1\1. – С.45-47.

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

УДК 616. 1/9 (07. 07)

УДК 616. 31 (07. 07)

ЗБІРНИК ЗАВДАНЬ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ТЕСТОВОГО ЕКЗАМЕНУ З ПРИРОДНИЧО-НАУКОВИХ ДИСЦИПЛІН “КРОК-1. ЗАГАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПІДГОТОВКА”/ЗА РЕД. В.Ф. МОСКАЛЕНКА, О.П. ВОЛОСОВЦЯ, І.Є. БУЛАХ, О.П. ЯВОРОВСЬКОГО, О.В. РОМАНЕНКА, Л.І. ОСТАПЮК – К.: МЕДИЦИНА, 2004. – 368 С. ЗБІРНИК ЗАВДАНЬ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ТЕСТОВОГО ЕКЗАМЕНУ З ПРИРОДНИЧО-НАУКОВИХ ДИСЦИПЛІН “КРОК-1. СТОМАТОЛОГІЯ”/ЗА РЕД. В.Ф. МОСКАЛЕНКА, О.Л. ВОЛОСОВЦЯ, І.Є. БУЛАХ, О.П. ЯВОРОВСЬКОГО, О.В. РОМАНЕНКА, Л.І. ОСТАПЮК – К.: МЕДИЦИНА, 2004. – 312 С.

Початок нинішнього століття відзначається бурхливими процесами удосконалення організації медичної освіти в Україні. Це знайшло своє відображення у реалізації нових навчальних планів на медичних та стоматологічних факультетах вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, поступовому впровадженні нового виду державної атестації студентів у формі ліцензійних інтегрованих іспитів. На них здійснюється письмовий тестовий контроль рівня знань студентів, орієнтований, перш за все, на визначення їх вмінь застосовувати набуті знання. На медичних факультетах першим складовим компонентом ліцензійного інтегрованого іспиту є тестовий екзамен з природничо-наукових дисциплін “Крок-1. Загальна лікарська підготовка”, а на стоматологічних факультетах – “Крок-1. Стоматологія”. Кожен з цих екзаменів передбачає тестування студентів з 200 завдань з 9 базових природничо-наукових дисциплін: анатомії людини; гістології, цитології та ембріології; нормальної фізіології; біологічної хімії; патологічної фізіології; патологічної анатомії; мікробіології, вірусології та імунології; фармакології та медичної рецептури, а також з медичної біології на медичному і з медичної біології, паразитології та генетики на стоматологічному факультеті. При цьому студентам необхідно в кожному тестовому завданні вибрати одну правильну або найкращу відповідь із запропонованих. Такий підхід в організації контролю рівня знань студентів є новим, раніше не розповсюдженим в Україні. Він в повній мірі відбиває найсучасніші тенденції розвитку світової педагогічної думки.

Методологія вивчення зазначених вище навчальних дисциплін, безпосередній процес підготовки студентів до складання тестових екзаменів з

природничо-наукових дисциплін “Крок-1. Загальна лікарська підготовка” та “Крок-1. Стоматологія” вимагали створення відповідної науково-обґрунтованої навчально-методичної бази, що задовольнила б потреби організації як аудиторної, так і самостійної позааудиторної роботи студентів, слугувала б надійним інструментом в діяльності професорсько-викладацького складу ВНЗ.

Такими дороговказами та помічниками студентів та викладачів стали підготовлені провідними фахівцями Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та надруковані у 2004 році у видавництві “Медицина” два навчально-методичні посібники за редакцією члена-кореспондента АМН України В.Ф. Москаленка, професорів О.П. Волосовця, І.Є. Булах, О.П. Яворовського, О.В. Романенка, доцента Л.І. Остапюк: “Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з природничо-наукових дисциплін “Крок-1. Загальна лікарська підготовка” та “Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з природничо-наукових дисциплін “Крок-1. Стоматологія”.

Кожен з посібників містить по 9 розділів, які відповідають назвам природничо-наукових дисциплін, що вивчаються у вищих медичних навчальних закладах освіти III-IV рівнів акредитації, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, а також на медичних факультетах університетів системи Міністерства освіти і науки України. До збірників з кожної природничо-наукової дисципліни включено не менше 200 ретельно підготовлених, добре опрацьованих та кваліфіковано відредагованих тестових завдань. За своєю науковою суттю вони відбивають сучасний стан розвитку науки, відповідають положенням діючих навчаль-

них програм з дисциплін, дозволяють перевірити здатність студента використовувати знання, набуті протягом перших трьох років навчання у освітньому закладі медичного профілю. Позитивним і методологічно вірним є, з одного боку, наявність в кожному тестовому завданні серед наведених варіантів відповіді правильної або найкращої відповіді в непередбачуваному порядку, а з іншого боку, розташування в кінці кожного розділу кодів правильних відповідей на тестові завдання з дисципліни. Це робить посібники надійним засобом ефективної самостійної позааудиторної роботи студентів, стимулює їх до набуття і глибокого засвоєння знань з природничо-наукових дисциплін, активізує допитливість і спостережливість, відповідальність за прийняте рішення – риси конче потрібні майбутньому лікарю.

Структура посібників, розміщення в них навчальних матеріалів дозволяють створити цілісне, інтегроване уявлення про комплекс базових для спеціаліста-медика знань з природничо-наукових дисциплін. Ці посібники не мають аналогів у вітчизняній навчально-методичній літературі. Унікальною особливістю кожного з посібників є можливість їх активного використання протягом усіх перших трьох років навчання у ВНЗ під час послідовного вивчення природничо-наукових дисциплін. При цьому забезпечується важливий елемент сучасної організації навчального процесу

– інтеграція суміжних дисциплін. Це сприяє формуванню такого лікаря, який зможе самостійно орієнтуватися в бурхливому вирі розвитку наукової думки, останніх досягненнях науки, матиме сформовані навички і бажання до постійного самовдосконалення.

Сама структура та зміст обох посібників передбачають поступове ускладнення в них навчального матеріалу, забезпечують просування їх користувачів в напрямку від класичних до медично-орієнтованих природничо-наукових дисциплін (від анатомії людини до патологічної анатомії, від нормальної фізіології до патологічної фізіології тощо). Посібники сприяють створенню надійного фундаменту для подальшого вивчення і засвоєння студентами клінічних та гігієнічних дисциплін.

Можливість і доцільність використання посібників як під час аудиторних занять, так і в ході самостійної позааудиторної роботи, робить їх надійними супутниками та ефективними помічниками студентів та викладачів. Посібники допомагають студентам виробити базові навички і компетенцію, а широкому загалу викладачів увійти в захоплюючий світ нових сучасних освітніх технологій, зробити реальні кроки в напрямку інтеграції національної освіти у світовий освітній простір, якісно покращити викладання дисциплін і підготовку майбутніх лікарів.

Завідувач кафедри патологічної анатомії з курсом судової медицини, доктор медичних наук, професор Ю.О. Поспішіль

Завідувач кафедри фармакології, доктор медичних наук, професор О.Р. Піняжко

ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ “МЕДИЧНА ОСВІТА” ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов’язкові підписи всіх авторів. Особливо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім’я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210-297 мм), 1800-2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп’ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5”. Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова “вступ”, “основна частина”, “висновки” виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, якщо вони належать до рубрик “Вдосконалення вищої медичної освіти” та “Досвід з організації навчальної роботи”, повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У **вступі** – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв’язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв’язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

В основній частині – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У **висновках** – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки “Верх”, “Низ”. Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення одного і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначити її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

10. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– *посилання на книги:*

1. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase. – Berlin: Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / Ed. by S. Udenfriend. – New York: Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п’ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним “та ін.”, “и др.”, “et al.”.

5. Петров Г.В., Хантов Р.М., Манько В.М. и др. Контроль и регуляция иммунного ответа. – М.: Медицина, 1981. – 311 с.

Перекладні видання:

6. Гроссе Э., Вайсмангель Х. Химия для любознательных: Пер. с нем. – М.: Химия, 1980. – 392 с.

– *посилання на статті:*

1. Гарина М.Т. Тестовый контроль в мединституте // Клинический журнал. – 1994. - № 5. – С. 67 – 68.

2. Chisari F.V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver // J. Immunol. – 1978. – 121, № 4. – P. 1279 - 1286.

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

1. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115 – 116.

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

1. А.с. 1007970 СССР, МКИ В 25 G 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей / В.С. Батулин, В.Г. Кемайкин. – Опубл. 30.08.81. – Бюл. № 12. – 2 с.

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Опубл. 22.06.86. – НКИ 355/68. – 3 с.

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

1. Кияшко А.О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1983. – 280 с.

2. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с.

– *посилання на укази, накази, постанови, закони:*

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні // Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.

2. Про розробку типових навчальних планів та програм підготовки лікарів на циклах спеціалізації // Наказ МОЗ України № 197 від 9.07.97.

3. Про затвердження положення про державний вищий заклад освіти // Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 5.09.96.

4. Про освіту // Закон України № 100/96 ВР від 23.03.96.

11. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, при потребі скорочує текст.

12. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

13. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіта”

Видавництво “Укрмедкнига”

Медицинський університет

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху !