

Зміст

<i>Доповідь Міністра охорони здоров'я України В.Ф. Москаленка на підсумковій колегії МОЗ 12.02.2001</i> ДІЯЛЬНІСТЬ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА 2000 РІК, ЗАВДАННЯ ЩОДО ПОДАЛЬШОГО ЇЇ РОЗВИТКУ ТА ПОКРАЩАННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	5
<i>Л.Я. Ковальчук, В.В. Бігуняк, І.Р. Мисула, О.Й. Бакалюк</i> АКАДЕМІЧНИЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ ЦЕНТР – РОЛЬ У ПРОЦЕСІ НАБУТТЯ І ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК	11
<i>М.В. Йолтухівський</i> ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ДОКЛІНІЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ НА КАФЕДРІ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ	15
<i>О.О. Тимофєєв, О.П. Весова, О.В. Горобець, К.Я. Передков</i> ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ З ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	19
<i>О.В. Деміховська</i> ПРОБЛЕМА ІНТЕГРАЦІЇ НАУК У СИСТЕМІ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	22
<i>І.Й. Галайчук</i> МУЛЬТИПРОФЕСІЙНІ ОСНОВИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ	25
<i>А.Г. Красовська</i> ПЕРШИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ВИЩОЮ МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ З НАПРЯМКІВ ТРАДИЦІЙНОЇ (НАРОДНОЇ) ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ, АБО КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ, МЕДИЦИНИ	30
<i>М.П. Скакун</i> ФАРМАКОТЕРАПІЯ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ У МЕДИЧНОМУ ВНЗ	36
<i>О.О. Воронцов, В.Б. Гоцинський, Н.В. Михайлечко, Г.Я. Серветник</i> ПИТАННЯ ДЕОНТОЛОГІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ СУБОРДИНАТОРІВ НА ЦИКЛІ “АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ” КАФЕДРИ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ СПРАВИ	39
<i>І.М. Мороз, Н.А. Цяпа, І.О. Багірян, Н.В. Банадига, Г.А. Павлишин, В.О. Синицька, Л.А. Волянська, С.С. Левенець, В.В. Стеценко, Л.І. Алексєєнко</i> ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ ПІДРУЧНИКІВ З ПЕДІАТРІЇ	42
<i>О.Є. Федорців, С.О. Никитюк, О.М. Шульгай, Т.О. Воронцова</i> РОЛЬ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ СТУДЕНТІВ	

**МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ДИТЯЧИХ
ХВОРОБ 47**

Н.В. Банадига

**КЛІНІКА ТА СИНДРОМНА ТЕРАПІЯ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ:
ПОСІБНИК / В.Ф. ЛОБОДА, Є.Ф. БУЗЬКО, Л.М. СЛОБОДЯН ТА ІН. – ТЕРНОПІЛЬ:
УКРМЕДКНИГА, 2000. – 208 С. 50**

*Ігор Сидорчук, Володимир Паньків, Віталій Маслянко, Петро Ляшук,
Наталія Пашковська, Наталія Каспрук*

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПОСЛЕДСТВИЯ ЯДЕРНИХ КАТАСТРОФ
(СЕМИПАЛАТИНСЬК-АЛТАЙ, ЮЖНИЙ УРАЛ, ПОЛІГОН “СЕВЕРНИЙ –
НОВАЯ ЗЕМЛЯ”, ЧЕРНОБЫЛЬ) / Н.В. ВАСИЛЬЕВ, В.И. МАЛЬЦЕВ,
В.М. КОВАЛЕНКО И ДР. – КИЕВ: ЗДОРОВ’Я, 1999. – 296 С. 52**

А.Х. Завальнюк

**СУДОВА МЕДИЦИНА / ЗА РЕДАКЦІЄЮ А.С. ЛІСОВОГО. – КИЇВ: ЮРІНКОН
ІНТЕР. – 1999. – 480 С. 55**

**Ä²BÈÛÍ ²ÑÒÛ ÄÄÈÓÇ² Í ÕÎ ÐÎ Í È ÇÄÎ ÐÎ Ä'ß ÇÀ 2000 Ð²È,
ÇÄÄÄÄÍ Í ß ÛÎ ÄÎ Í Î ÄÄÈÛØÍ ÄÎ -- ÐÎ ÇÄÈÐÈÓ ÒÄ
Í Î ÈÐÄÛÄÍ Í ß Ð²ÄÍ ß ÇÄÎ ÐÎ Ä'ß Í ÄÑÄÈÄÍ Í ß ÓÈÐÄ-Í È
ÄÎ Î Ä³äü Î ³í ³ñòðà î õî õî í è çäî õî ä'ÿ Óèðà;í è
Ä.Ó. Í Î ñèäèäí èà í à î ³äñòî èî ä³é èî èää³; Î Î Ç 12.02.2001**

Підводячи підсумки 2000 року, **перш за все** відзначаю: пріоритети діяльності галузі охорони здоров'я були визначені Посланням Президента України **Леоніда Даниловича Кучми** до Верховної Ради “Україна: поступ у ХХІ століття. Стратегія економічного і соціального розвитку на 2000-2004 роки”, а також Програмою діяльності Уряду “Реформи заради добробуту”.

Протягом років незалежності закладено міцне підґрунтя майбутнього розвитку охорони здоров'я, яке унеможливило повернення до старих часів. Прийнято великий пакет із **123** державних нормативно-правових актів. Серед них: **27** законів України, **20** Указів Президента та **57** постанов Уряду. Із усіх зазначених документів **54** є прямою дією.

Визначальними є два державних акти. Перший – Указ Президента “**Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України**”. Ним передбачено вагомий комплекс міжгалузевих дій для підвищення рівня здоров'я народу та соціального захисту медиків, а цей рік проголошено **Роком охорони здоров'я населення України**.

Другий доленосний документ – Указ “**Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України**”. Вперше в історії держави затверджена стратегія розвитку медичної сфери. Вона спрямована на нове організаційне та фінансове забезпечення доступної медичної допомоги кожному громадянину України.

Надзвичайно велике значення мають також Укази Президента щодо профілактики і лікування **туберкульозу** та захисту населення від **ВІЛ-інфекції** та СНІДу.

Реальними кроками до української медицини майбутнього стали Укази “**Про проведення експерименту щодо впровадження обов'язкового соціального медичного страхування в місті Києві та Київській області**” та про Національну програму “**Діти України**” на період до 2005 року.

Минулий рік був також роком плідної співпраці Міністерства з **Верховною Радою**. На ефективну роботу галузі уже працює низка но-

вих для держави **законів**. Серед них: “Про психіатричну допомогу”, “Про захист населення від інфекційних хвороб”, “Про курорти”, щодо санітарного та епідемічного благополуччя населення та ряд постанов Верховної Ради.

У листопаді 2000 року діяльність Уряду у медичній сфері була заслухана і дістала схвалення на Дні Уряду у Верховній Раді.

Значну кількість проблемних питань уже також вирішено **Урядом України**.

Відкрилися нові шляхи до впровадження сімейної медицини, єдиного медичного простору, розвитку трансплантології, збереження психічного здоров'я.

Галузь вже відчула позитивні результати реалізації постанов Кабінету Міністрів щодо створення в структурі МОЗ **Державного департаменту** з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення, про подальше реформування медичної промисловості, моніторинг стану здоров'я та діяльності медичних закладів, розвитку дитячої кардіохірургії.

Крім того, на часі прийняття ще близько **50** нових актів Уряду, що визначатимуть реформаторський вектор розвитку системи охорони здоров'я. Особлива увага приділяється розробці міжгалузевої програми “**Здоров'я нації**”, яка відповідає стратегії ВООЗ “Здоров'я для всіх у ХХІ столітті”. Це буде державний документ великої ваги, спрямований у майбутнє – для подальшої інтеграції нашої країни до світової спільноти. У його виконанні візьмуть участь усі міністерства та відомства держави, оскільки здоров'я нації – наша спільна турбота.

Оновлена нормативна база дала нам **важелі для прискорення реформування** медичної сфери. Відповідно до Концепції адміністративної реформи оптимізовано управління як по горизонталі, так і по вертикалі. Чітко визначені структура й функції регіональних органів управління та Міністерства охорони здоров'я, яке стало головним політичним органом і розпорядником коштів галузі.

Реформа в центрі супроводжувалась суттєвими змінами на місцях. За останній час проведено реорганізацію мережі закладів. Ліжковий фонд скорочено до оптимального, можна сказати, європейського рівня – **88,3** на 10 тис. населення. При цьому, необхідно відзначити, доступність стаціонарної допомоги є належною.

Реформи, про які я говорив, неможливі без міцного **економічного фундаменту**. Завдяки позитивній бюджетній політиці Уряду, спільними зусиллями Міністерства та обласних адміністрацій вдалося на **65 млн. грн.** знизити заборгованість із зарплати. Нині вона скорочена до **півмісяця**, а в **11** регіонах її погасили повністю.

Вирішити його дозволить збільшений **бюджет галузі** на 2001 рік. Якщо в 1998 році видатки на охорону здоров'я становили **3,6 млрд. грн.**, то в 2000 обсяги досягли 4,3 млрд. А на 2001 рік у Державному бюджеті передбачено **5,2 млрд.**, тобто за ці роки видатки послідовно зросли на **1,6 млрд. грн.**

Вперше держава виділила нам **217 млн. грн.** для централізованої закупівлі вакцин, інсулінів, протитуберкульозних засобів, ліків для онкохворих.

Зазначені параметри бюджету, безперечно, покращать нашу діяльність, а також дозволять збільшити на **25%** зарплату медикам, на що передбачено **півмільярда** гривень.

Таким чином, стабілізується, а не зменшується, як раніше, частка видатків на охорону здоров'я в обсягах валового національного продукту. Наш орієнтир, і з цього приводу вже є розуміння в Уряді, – мати в перспективі показник витрат на медико-санітарну допомогу не 3 відсотка від ВВП, а наблизити його до необхідного рівня **5-8%**.

Стратегічним напрямом у покращенні фінансового стану галузі є **багатоканальність фінансування**. Важливим є також широке залучення коштів територіальних громад та окремих осіб.

Усвідомлюючи обмежені можливості бюджету, ми проводимо наполегливу роботу щодо залучення **позабюджетних коштів**: благодійні внески, кошти, отримані за страховими угодами, кошти підприємств, фінансування за міжнародними програмами тощо.

У 2000 році їх надійшло **663 млн. грн.** Це краще **на 46%** за 1999 рік, а у порівнянні з 1998 – більше ніж удвічі.

Ми працюємо в нелегких умовах хронічного **недофінансування** галузі до реальних потреб.

По витратах на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя ми займаємо у світі **111-те місце серед 191-її країни** та **8** місце серед країн колишнього Радянського Союзу. За цим показником нас випереджають країни Балтії, Білорусь, Росія, Молдова, і навіть Вірменія з її набагато біднішими ресурсами.

Проте, користуючись присутністю членів Уряду, зазначу, що, займаючи у світі згадане **111-те** місце за питомими витратами на охорону здоров'я, Україна за інтегральним критерієм ВООЗ – **“досягнення цілей охорони здоров'я”** все ж таки, і це важливо, знаходиться на **60-му** місці у світі. Це свідчить, що на сьогодні матеріальні та кадрові ресурси галузі використовуються із максимально можливою ефективністю.

Протягом 2000 року вперше в історії держави показник малюкової смертності став менше **12** на 1000 народжених живими і становить в Україні **11,91** з окремими регіональними коливаннями. Також ми досягли сталої динаміки зниження материнської смертності – **25,6** на 100 тисяч живонароджених.

Упровадження Національної програми імунізацій дозволило знизити захворюваність на керовані інфекції і охопити щепленнями **96%** дітей. Зараз в Україні не реєструються епідемії небезпечних та особливо небезпечних хвороб. Стабілізувався рівень онкологічної захворюваності, а в містах він навіть набув тенденції до зниження.

Високими темпами зростало вітчизняне **виробництво лікарських засобів**. Тільки за минулий рік воно зросло на **265 млн.** і досягло 1,1 млрд. грн. Нині вітчизняна фарміндустрія на **50%** (проти двадцяти у 1991 р.) забезпечує наш ринок медпрепаратів. Експорт ліків становить майже **40%** загального обсягу виробництва медикаментів. Їх асортимент перевищує **1500** найменувань, що забезпечує лікування майже всіх нозологічних форм.

Державою здійснюється активна підтримка вітчизняного виробника. Тільки у минулому році за рахунок власних коштів підприємств освоєно **90** лікарських засобів **десяти** фармакологічних груп, у т.ч. **26** препаратів випущено вперше. Налагоджено промисловий випуск інсулінів відповідно до вимог GMP на сучасному автоматизованому обладнанні (ЗАТ “Індар”).

Однак нестача ліків є однією із самих гострих проблем галузі. Вона стоїть не тільки перед нами. Така сама ситуація і у більш заможних наших сусідів – Росії та інших держав Співдружності.

Залишається соціально напруженою ситуація із пільговим забезпеченням ліками **8 млн.** громадян. На це щорічно необхідно близько **600 млн. грн.** Крім коштів, для вирішення проблеми необхідно розширити існуючу мережу аптек по продажу ліків за зниженими цінами для ветеранів та інвалідів війни.

Наші дії з покращання медичної допомоги, на жаль, не привели до корінного перелому у стані **здоров'я населення**. Адже процеси поліпшення здоров'я досить інертні і потрібен час, щоб цілеспрямовані заходи принесли позитивний результат.

Стрімке падіння народжуваності та підвищення смертності розпочалося наприкінці 80-х років і поступово призвело до зменшення населення, обумовило від'ємний його природний приріст. Вперше він був зареєстрований в 1991 році (**мінус 0,8 на 1000** населення), а минулого року він вже становив **мінус 7,5**.

Відомо, що світова демографічна ситуація теж характеризується падінням народжуваності, але в багатьох країнах це супроводжується зростанням середньої тривалості життя, чого ще не спостерігається в Україні. Середня очікувана тривалість життя у нас, за останніми даними, становить всього **68** років, а серед чоловіків лише **63**.

Декілька слів стосовно загальної **смертності**. Її рівень хоч дещо і стабілізувався, однак залишається високим. Структура смертності продовжує формуватися, як і у світі, в основному за рахунок хвороб системи кровообігу (**61%**).

Ще один інтегральний показник стану здоров'я – це **інвалідність**. Хоча відзначити, що заходи, спрямовані на її профілактику, дали змогу за останні три роки знизити первинну інвалідність серед дорослого населення на **11%**: з **60,6** у 1997 році до **54** – у 2000. Однак загальний рівень інвалідності лишається високим, а абсолютна кількість інвалідів сягає майже **2,5 млн.**, що можна порівняти з чисельністю населення середньої області.

Серйозну проблему для держави становить і **цукровий діабет**. Спостерігається стале зростання захворюваності. Хоча ще раз підкрес-

лити, Урядом у 2001 році буде зроблене все для повноцінного забезпечення ліками цього складного контингенту хворих. Уже у березні ця та інші проблеми медичного забезпечення хворих на діабет стануть предметом розгляду Кабінету Міністрів.

Закономірну стурбованість викликає епідемічна ситуація з **ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом**.

Лише за 2000 рік зареєстровано **6212** нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, а з початку реєстрації (1987 рік) їх вже налічується **36600**. Якщо ж рахувати всіх ВІЛ-позитивних осіб, то це число збільшується до **64** тисяч. Смертність від СНІДу за рік зросла на **91%**. Ми не тільки констатуємо ці гнітючі факти. Вийшов відповідний Указ Президента. На сьогодні в Україні за ініціативи МОЗ здійснюється також ціла низка міжнародних проектів, спрямованих на локалізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекцією та СНІДом.

Друга жорстка недуга – **туберкульоз**, що є індикатором соціальних збуджень. Щорічно реєструється понад **27 тис.** нових хворих. Рівень захворюваності на туберкульоз і досі лишається високим, а смертність за останній рік зросла на **11%**.

Проблема туберкульозу повинна привернути більшу увагу керівників охорони здоров'я. Для вирішення цього нагального завдання, вже у поточному році ми зміцнимо кадровий потенціал фтизіатричної служби, повністю забезпечимо хворих на туберкульоз ліками, поліпшимо їх харчування.

Крім того, плануємо вже зараз розпочати експеримент у Донецькій, Чернігівській областях та Києві щодо адаптації до національних підходів DOTS стратегії лікування туберкульозу.

Найбільш ефективним шляхом збереження здоров'я нації є **профілактичний принцип**. За світовим досвідом, це один із найефективніших шляхів збереження здоров'я. Його мета: створення умов для здорового способу життя, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, зниження ризиків, що пов'язані із забрудненням та шкідливим впливом чинників довкілля. Саме на це були спрямовані проведені у минулому році національні акції по підтримці грудного вигодовування, щеплення проти поліомієліту, боротьбі з тютюнопалінням.

Провідна роль у впровадженні принципу профілактики належить **санітарно-епідеміологічній службі**. Завдяки новій моделі її фінансування відновлена управлінська вертикаль, робота служби стала більш функціональною та керованою.

Найважливішим розділом роботи галузі була і залишається **лікувально-профілактична допомога**.

Головним напрямком її реформування є первинна медико-санітарна допомога на засадах **сімейної медицини**. Перші підсумки її впровадження свідчать про високу ефективність. Сімейний лікар бере на себе до 60% обсягу діагностичної роботи і, відповідно, у **2-3** рази зменшується рівень госпіталізації та число направлень до вузьких спеціалістів. Крім того, на **20%** знижується кількість викликів швидкої допомоги. За прогнозними оцінками лише ці заходи дозволять отримувати щорічну економію близько **900 млн. грн.**

Протягом 2000 року до **500** збільшено кількість штатних посад сімейних лікарів. Для них відкрито **16** нових амбулаторій та відділень сімейної медицини, створено навчально-методичний центр.

Ми тішимось, що перші пагони сімейної медицини почали проростати, але ж не треба забувати, що потреба держави у сімейних лікарях становить близько **30 тисяч**. А це значить, що на сьогодні ми маємо лише півтора відсотка від цієї потреби.

Наступним пріоритетом нашої роботи в минулому році була **сільська медицина**. Суттєвим поштовхом до її покращання став Указ Президента щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я на селі. На його виконання відкрито **48** сільських лікарських амбулаторій; придбано близько **500** транспортних одиниць; направлено на роботу понад **3 тис.** лікарів та **7 тис.** середніх медпрацівників.

Завдяки цьому число сільських амбулаторій, де немає лікарів, зменшено удвічі, а таких дільничних лікарень – у **3,5 рази**.

Рівень укомплектованості лікарями у сільській місцевості нині досяг **85%**. Це найвищий показник за останні п'ять років.

Наше спільне завдання – ліквідувати існуючі диспропорції у наданні медичної допомоги селянам. Для реального наближення лікарської допомоги до мешканців села доцільно поступово перейти від **фельдшерської до лікарської**

моделі надання первинної медико-санітарної допомоги. Необхідно повністю забезпечити лікарями сільські дільниці та поетапно перетворити ФАП, починаючи з найбільш потужних, на лікарські амбулаторії.

Принципово новим і відповідальним завданням МОЗ є запровадження **гарантованого** державою безоплатного рівня та обсягу медичної допомоги. Проект такої постанови Уряду нами було підготовлено і нині йде складна робота щодо її погодження та прийняття. Це дозволить захистити права громадянина на отримання гарантованих послуг у закладах охорони здоров'я відповідно до Концепції розвитку медичної сфери України.

Необхідно розширити мережу недержавних закладів охорони здоров'я і створення реального **ринку медичних послуг** для активізації альтернативних джерел фінансування. Конкурентне середовище між закладами охорони здоров'я приведе до зростання якості медичних послуг, а також сприятиме легалізації існуючих тіньових фінансових потоків у сфері охорони здоров'я.

Ще один крок до поліпшення медичної допомоги: **єдиний медичний простір**. Його створення у регіонах ми зараз розглядаємо не через призму об'єднання різних медичних відомств, а шляхом функціонального розподілу їх обов'язків на одній території. Мета – усунення дублювання однакових видів медичної допомоги на місцях. Наша стратегія тут є чіткою та прозорою. Медицина в Україні є одна, державна, і всю її далі тиражувати по відомствах – це, вибачте, архаїзм.

Зараз у великих містах відомчі медичні заклади почали обслуговувати мешканців прилеглих міських районів. Є також приклади передачі відомчих закладів на місцеві бюджети. Ліквідуються диспропорції між відомчою та муніципальною медициною та більш ефективно використовуються наявні ресурси переведення.

Якість та своєчасність надання медичної допомоги у великій мірі залежать від стану **медичної техніки**. У зв'язку із неспроможністю її придбання, ситуація у закладах залишається незадовільною і критичною. Наведу лише один приклад: понад **45%** ЕКГ-апаратів та наших рентгенівських установок є морально та фізично застарілими.

Розуміючи важливість цієї проблеми, ми вперше за останні роки централізовано закупили

за рахунок Державного бюджету медичного обслуговування та санітарного транспорту на суму понад **18 млн. грн.** Це дозволило поставити у лікувальні заклади більш як **200** одиниць високотехнологічної, переважно вітчизняної, медичної апаратури. Пріоритет ми віддавали селу та забрудненим регіонам.

В цілому ж у минулому році Міністерство надало регіонам фінансової та матеріальної допомоги на **123 млн. грн.** А це, між іншим, дорівнює бюджету охорони здоров'я ще однієї області.

Після аналізу основних процесів, які відбуваються сьогодні в охороні здоров'я, дозволяється зупинитись на **проблемі кадрів.** Ми утримуємо середньоєвропейський рівень забезпечення практикуючими лікарями – **27** на 10 тис. населення. Більшість із них мають кваліфікаційні категорії. Укомплектованість лікарських посад фізичними особами перевищила **84%**. Практично всі випускники медичних вузів (понад **95%**) отримали роботу.

Однак із року в рік у системі зберігається більше **5 тис.** неуккомплектованих лікарських посад, із них половина – на селі. І при цьому ж у багатьох областях мало використовуються можливості цільового сільського набору до медичних вузів.

Тепер про **систему медичної освіти.** Тут відбулися радикальні зміни. Відповідно до економічної ситуації ми **вдвічі** зменшили державний набір і нині він становить лише **3700** майбутніх лікарів. Але для компенсації потреб держави та недержавних структур у фахівців введено контрактний прийом, на умовах якого навчається зараз **41%** студентів. Крім того, готується **7 тис.** іноземних громадян.

Підкреслю: щорічно в освітню сферу залучаються дуже великі недержавні інвестиції – понад **150 млн. грн.** Для порівняння, це в півтора рази більше, ніж було витрачено із державного бюджету на всі централізовані заходи по охороні здоров'я в країні у минулому році.

Одним із напрямів діяльності вузів є реалізація стратегії **інтеграції України до Європейського Союзу.** З цією метою закінчується запровадження системи інтегрованих ліцензійних іспитів із незалежною від вузів оцінкою знань за державними стандартами.

Неподільними є проблеми освіти і науки. Скажу лише про найбільш важливі результати **нау-**

кової діяльності, які отримали найвище визнання – **5** Державних премій в галузі науки і техніки.

За пріоритетні досягнення у сфері медицини та фармації **26** наших вчених стали лауреатами. Підкреслю: це **кожен п'ятий** із усіх українських лауреатів 2000 року.

Державою відзначені такі їх **видатні наукові праці:** лікування та профілактика тромбоемболій; система життєзабезпечення при техногенних аваріях та катастрофах; фундаментальні дослідження гіпоксичних станів; нові технології зменшення радіаційного впливу; три томний підручник “Органічна хімія”.

Надзвичайно важливе значення має тісна співпраця МОЗ України з **Академією медичних наук.** Для концентрації зусиль у галузі медичної науки у минулому році передано із підпорядкування МОЗ до системи АМН України **18** науково-дослідних інститутів.

Спільно з Академією активно виконуються державні програми “Діти України”, “Здоров'я літніх людей”, “Планування сім'ї”, “Цукровий діабет”, по проблемах туберкульозу, СНІДу, з розробки державних соціальних стандартів і соціальних медичних нормативів та інших.

Минулий рік був роком активної **міжнародної діяльності.** Вона високо оцінена на донорській конференції “2001 рік – Рік охорони здоров'я”. Підписано програму співробітництва з **ВООЗ.**

З Європейським Союзом реалізуються проекти реформування системи охорони здоров'я та подолання епідемії туберкульозу. Продовжувалась співпраця з Дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ. Виконується цілий ряд програм з урядами Японії, Ізраїлю, Китаю, Куби, Німеччини, Швейцарії, Росії, США, Канади, Франції.

Складність вирішення усіх завдань, що стоять сьогодні перед галуззю, диктує необхідність активного **залучення потенціалу регіонів** – і до нормотворчого процесу, і до організаційних експериментів. Але для цього необхідна не лише децентралізація управління, а й ваше прагнення. Ми й надалі будемо доручати регіонам відпрацьовувати на місцях найбільш гострі питання для подальшого впровадження результатів апробації на рівні держави.

Прикладом цього служить, згідно з Указом Президента, пілотний проект запровадження у Києві та Київській області загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

У 2000 році ми вперше оцінювали діяльність регіонів за галузевим рейтингом. Хочу зауважити: не всі регіони спрацювали однаково потужно.

Але вже у цьому році ми оцінюватимемо вашу діяльність не за галузевою, а державною рейтинговою оцінкою, згідно з відомою постановою Уряду. Це підвищить відповідальність за ефективність роботи.

Проведений **системний аналіз діяльності** медичної сфери за минулий рік дозволяє визначити наші цілі на майбутнє. Вони чітко окреслені Президентом України у затвердженій Концепції розвитку охорони здоров'я і нерозривно пов'язані з пріоритетами дій Уряду та завданнями на 2001 рік. Наголошу на основних цілях.

По-перше. У Рік охорони здоров'я необхідно сконцентрувати потенціал усіх гілок влади задля покращання здоров'я народу, стану довкілля та стимулювання здорового способу життя. Цьому сприятиме міжгалузева програма "Здоров'я нації", що буде впроваджена під патронатом Президента України.

Загальнодержавне значення будуть мати й оновлені Основи Законодавства України про охорону здоров'я, які треба прийняти у 2001 році.

Друге. Треба переламати на краще ситуацію з ВІЛ-інфекцією. Наше з вами спільне завдання – призупинити епідемію туберкульозу. Вже у нинішньому році Україна має бути визнана як територія вільна від поліомієліту.

Третє. Зосередити ресурси галузі на відновленні диспансеризації населення та виконанні програми впровадження сімейної медицини; запровадити державний моніторинг стану здоров'я населення та діяльності медичної сфери.

Четверте. Наблизити лікарську допомогу до мешканців села, розпочати поступовий перехід від фельдшерської до лікарської моделі надання ПМСД.

П'яте. Розробити державні соціальні стандарти і нормативи у сфері охорони здоров'я, впровадити європейські стандарти якості вітчизняної фармацевтичної продукції; видати першу Державну Фармакопею України.

Шосте. Розпочати поетапне впровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування у Києві та Київській області.

І, нарешті, сьоме. Створити ефективну систему соціальних гарантій забезпечення ліками соціально незахищених та малозабезпечених верств населення; суттєво підвищити забезпечення інсулінами.

Завдання, які стоять перед сферою охорони здоров'я, дійсно значні. Вони відповідають стратегічному курсові держави на поліпшення життя нашого народу. Впевнений, що у Рік охорони здоров'я населення України вітчизняна медицина зробить відчутний крок уперед.

УДК 61 (06.07)

АЕАААІ ²×І ÈÈ ÈТІ ЊОÈÙÒАÒÈАІ Т -È²ÈÓААÈÙІ ÈÈ ÒАІ ÒВ – ДТ ÈÙ
Ó Т ДТ ÒАЊ² І ААÒÒÒВ ² ААТ ЊÈТІ АЕАІ І В Т ДТ ÒАЊ²ÈІ ÈÒ І ААÈ×Т È
È.В. ÈТ ààëü÷óê, А.А. А³аóí үê, ².Д. Т èñóèà, Т .È. Аàèàèрê

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE ACADEMY CONSULTATIVE AND CARE CENTRE, ITS ROLE IN ACQUIRING AND IMPROVING PROFESSIONAL SKILLS

L.YA. Kovalchuk, V.V. Bihunyak, I.R. Mysula, O.I. Bakalyuk

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті наведено дані про нові форми набуття і вдосконалення професійних навичок з використанням кадрового і технічного потенціалів академічного консультативно-лікувального центру.

The date about acquiring and improving professional skills with using staff and technical potential of the Academy Consultative and Care Centre are presented in the article

Вступ. В останні роки спостерігається зростання показників захворюваності і смертності, скорочення тривалості життя населення України. [1].

Вихід із цієї ситуації вбачається у вирішенні наступних завдань:

- достатнє державне фінансування соціальних програм і наукових досліджень;
- виконання науково-дослідних робіт на рівні світових стандартів відповідно до запитів практичної медицини;
- максимальне наближення рівня спеціалізованої медичної допомоги до місця проживання пацієнтів;
- інтенсифікація процесу лікування пацієнтів на стаціонарному етапі;
- розробка і впровадження у практику нових форм і моделей надання медичної допомоги населенню.

Одним із пріоритетних є також питання покращення процесу підготовки майбутніх лікарів і наступного підвищення їх кваліфікації – інтенсифікація процесу навчання та впровадження у цей процес сучасних мето-

дик набуття інформації, ознайомлення студентів та курсантів із новітніми технологіями діагностики та лікування захворювань [2, 3].

Основна частина. Для вирішення цих завдань при Тернопільській медичній академії у квітні 1999 року організовано академічний консультативно-лікувальний центр (АКЛЦ). АКЛЦ сьогодні – медичний заклад на Тернопіллі, який значно відрізняється за рівнем медичного обслуговування, формами співпраці з пацієнтами та дизайном.

У створеному академічному консультативно-лікувальному центрі використовують сучасні методи діагностики, лікування різноманітних захворювань та станів організму людини – оцінку гормонального статусу радіоімунною та імуноферментною методиками, онкомаркерів, діагностику інфекційних хвороб за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, дослідження стану імунної реактивності з використанням моноклональних антитіл, мінеральної щільності кісткової тканини методом двофотонної рентгенівської денситометрії, сонографічні, тепловізійні, ендоскопічні дослідження, комп'ютерну томографію, комп'ютерну емісійну томографію (гамма-камеру), ангиографію, холтеровське моніторування рівня артеріального тиску, рео-

© Л.Я. Ковальчук, В.В. Бігуняк, І.Р. Мисула, О.Й. Бакалюк, 2001

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

вазографію, діагностику за Фолем та інші сучасні лабораторні й інструментальні методи.

На базі АКЛЦ створена міжкафедральна наукова лабораторія для виконання планових науково-дослідних робіт академії й окремих кафедр, дисертаційних робіт працівників академії і практичних лікарів. Принагідно вкажемо, що основні положення і здобутки наукових розробок академії активно використовуються в навчальному процесі при вивченні тих або інших питань на теоретичних і клінічних кафедрах.

Тут проводять консультації найбільш досвідчені професори і доценти, при необхідності виконують оперативні втручання різного ступеня складності. Широко використовуються малоінвазивні методи оперативних втручань. Слід зазначити, що через 2-4 доби після проведення оперативного втручання пацієнта медичним транспортом відвозять за місцем проживання, а потім щодня, поки це потрібно, туди приїжджає лікар для проведення огляду і перев'язок. Такий варіант ведення післяопераційного періоду є зручним для хворих, одночасно він дає змогу надати кваліфіковану медичну допомогу максимальній кількості пацієнтів.

За 2000 рік в АКЛЦ обстежено понад 25 524 пацієнти (із них 11 697 – безплатних); з лютого 2000 року по 2001 рік на базі хірургічного відділення АКЛЦ потужністю 15 ліжок проведено понад 800 операцій.

В АКЛЦ успішно впроваджується і перспективна, з нашої точки зору, модель надання медичної допомоги – “Каса хворих”. Суть її полягає у тому, що при звертанні за медичною допомогою за помірну плату пацієнт укладає угоду, згідно з якою він має право користуватися всім комплексом медичних послуг протягом одного місяця. Кошти, отримані від діяльності АКЛЦ, ідуть на безкоштовне обслуговування малозахищених категорій населення (а таких близько 10 000) – інвалідів праці та війни, ліквідаторів аварії на ЧАЕС, вдів загиблих на війні, репресованих, дітей-сиріт тощо) і подальший розвиток центру – освоєння нових методик діагностики і лікування, придбання апаратури.

Створена мережа комп'ютерів, які зв'язані з інтернетом, налагоджується аудіовідеозв'язок з Рівненським консультативно-лікувальним центром, що дасть можливість консультивати

хворих професорами академії.

Зрозуміло, що такий рівень медичного обслуговування пацієнтів, розробка і впровадження в практику нових моделей медицини сьогодні не могли не бути використані з метою поліпшення навчального процесу в академії – АКЛЦ одночасно є і навчальною базою, де студенти і курсанти знайомляться з новітніми технологіями навчання, діагностики та лікування захворювань людини. Для забезпечення цього є все необхідне – висококваліфіковані викладачі, технічне обладнання найсучаснішого рівня, різнопрофільні пацієнти.

Форми навчання різноманітні і максимально наближені до умов практичної роботи.

Перш за все, відзначимо участь студентів у проведенні консультативного прийому досвідченими професорами і доцентами, під час якого майбутні лікарі вдосконалюють методики збирання інформації про хворобу пацієнта, а також його повноцінного клінічного обстеження. Ця форма роботи з пацієнтом є більш сприятливою, ніж у клініці, оскільки в ній бере участь лише невелика кількість студентів (як правило, не більше двох). Крім цього, в АКЛЦ студент має можливість не тільки обґрунтувати необхідність тих або інших інструментальних досліджень для уточнення діагнозу, але і взяти участь у їх проведенні (ЕКГ, ендоскопічні, рентгенологічні, тепловізійні тощо), інтерпретації результатів. Наступним кроком є призначення пацієнту відповідного лікування, (знову ж таки під контролем досвідченого викладача), надання рекомендацій щодо режиму праці, харчування. Таким шляхом студент ще до закінчення вузу набуває неоціненного практичного досвіду, який дозволяє використати свої теоретичні знання у конкретній клінічній ситуації, у конкретного пацієнта з урахуванням його віку і статі, інколи – і матеріального стану, фази та стадії хвороби, наявності супровідної патології.

Слід, на нашу думку, відзначити і той момент, що частина пацієнтів направляється на консультацію іншими лікувальними закладами міста й області з метою уточнення діагнозу. У таких випадках разом із консультантом студент набуває навичок у питаннях проведення диференційної діагностики, з'ясування причини та наслідків недіагностування або пізнього діагностування хвороби на попередніх етапах на-

дання медичної допомоги (зрозуміло, з максимальним дотриманням правил медичної етики та деонтології!).

За відповідного бажання студент має можливість отримати подальшу інформацію про долю “свого” пацієнта при проходженні циклу поліклініки шляхом активного патронажу.

Рівень своєї професійної підготовки і володіння практичними навичками оцінили під час проведення акції “Милосердя”. Не секрет, що процес індивідуального спілкування лікаря з хворою, немічною, як правило, похилого віку людиною є надзвичайно складним – адже такий пацієнт потребує максимальної, чисто людської уваги та соціального захисту [4].

Ця акція охоплювала проведення активного патронажу на рівні догляду та соціальної допомоги хворим силами студентів медсестринського факультету (прибирання кімнат, доставка продуктів для інвалідів I групи тощо) та на рівні дільничного терапевта силами студентів VI курсу (регулярне відвідування та проведення динамічного клінічного спостереження, надання рекомендацій щодо подальшого обстеження, консультацій спеціалістів, подальшого лікування). Остаточне вирішення цих питань проводилося тільки після консультації пацієнта спеціалістом АКЛЦ або дільничним терапевтом.

Результати анонімного анкетування як студентів, так і пацієнтів [5] вказали на те, що чисто медичний аспект поліпшення якості життя соціально незахищених груп населення лише частково вирішує дану проблему, а радикальне вирішення цієї проблеми знаходиться у соціальній площині. Результати анкетування вказали також на необхідність активізації зусиль професорсько-викладацького складу у напрямку розвитку у студентів-медиків тих високих моральних засад, яких вимагає професія лікаря.

Іншим напрямком поліпшення рівня професійної підготовки є проведення на базі АКЛЦ окремих занять: “Особливості методики клінічного обстеження хворих з патологією органів травлення. Лабораторно-інструментальна діагностика захворювань органів травлення”, “Диференційна діагностика систолічних і діастолічних шумів при набутих і уроджених вадах серця, недостатності мітрального клапана, пролабування стулок т.і. Рентген-

ЕКГ-Ехо-діагностика вад серця, хірургічні методи лікування” (кафедра шпитальної терапії № 2).

Заняття з елективного курсу “Лабораторна діагностика” (кафедра шпитальної терапії № 2) для майбутніх лікарів-лаборантів включає в себе проведення на базі лабораторій АКЛЦ таких тематичних занять: “Роль та місце лабораторних методів дослідження в діагностиці патології внутрішніх органів”, “Клінічні методи дослідження периферійної крові”, “Дослідження кількості та функціонального стану тромбоцитів”, “Методика виконання та оцінка біохімічного аналізу крові”, “Біохімічні дослідження стану вуглеводного обміну”, “Функціональні біохімічні тести”, “Оцінка гормонального статусу, кислотно-лужної рівноваги і тканинних біологічно активних речовин”, “Методика виконання та оцінка даних коагулограми. Біохімічні констеляції та диференційно-діагностичні програми”, “Кількісна та якісна оцінка основних показників II фази системи регуляції агрегатного стану крові”, “Кількісна та якісна оцінка основних показників фібринолітичної активності крові”.

АКЛЦ – школа набуття досвіду і в аспекті хірургічного лікування захворювань. На базі хірургічного відділення висококваліфікованими працівниками академії проводяться оперативні втручання різного ступеня складності – від косметичних до реконструктивних, та за різних підходів – від лапаротомних до малоінвазивних. Теоретична підготовка майбутніх лікарів-хірургів і анестезіологів включає в себе проведення на базі АКЛЦ окремих занять з циклу “Анестезіологія та реанімація” (кафедра шпитальної хірургії), практична – участь у проведенні знеболювання, оперативного втручання, спостереженні за основними показниками гомеостазу в ході операції. Обладнана сучасною технікою операційна дозволяє спостерігати за ходом операції із навчальних кімнат на екранах телевізорів, а двобічний зв’язок хірурга зі студентами або курсантами – прокоментувати хід операції, уточнити її окремі тактичні або технічні аспекти. Надалі лікарі-інтерни, курсанти разом із черговим хірургом забезпечують цілодобове спостереження за станом пацієнтів у післяопераційному періоді, патронаж, проведення перев’язок за місцем проживання пацієнта.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Невеликий за часом наш досвід організації і роботи АКЛЦ при Тернопільській медичній академії ім. І.Я. Горбачевського дозволяє стверджувати, що шляхом створення таких центрів деякою мірою може бути вирішена проблема поліпшення рівня підготовки майбутніх спеціалістів-медиків.

Висновки. 1. Використання кадрового потенціалу та технічних можливостей академічного консультативно-лікувального центру дозволяє покращити рівень професійної підготовки студентів і курсантів за рахунок використання в

навчальному процесі нових форм набуття і вдосконалення практичних навичок.

2. Такими формами є: участь студентів і курсантів у проведенні спеціалізованого прийому, лабораторно-інструментальному обстеженні конкретного пацієнта, проведенні доопераційної підготовки, знеболювання, післяопераційного періоду та патронажу вдома, участь в акції “Милосердя”, проведення окремих тематичних занять на базі спеціалізованих кабінетів і клініко-біохімічної лабораторії АКЛЦ.

Література

1. Sans S., Kesteloot H., Kroomhout G. Task Force of The European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe // *Eur. Heart J.* – 1997. – V. 18. – P. 1231-1248.

2. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стан та перспективи подальшого реформування медичної та фармацевтичної освіти в Україні // *Медична освіта.* – 2000. – № 3. – С. 5-12.

3. Токмачев Ю.К., Лазебник Л.Б., Ефремов Л.И. и др. Деонтология в гериатрии // *Клин. мед.* – 1987. – № 11. – С. 119-122.

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

5. Ковальчук Л.Я., Бігуняк В.В., Мисула І.Р. та ін. Акція “Милосердя” і проблема формування професійних навичок у студентів VI курсу // *Медична освіта.* – 2000. – № 3. – С. 12-15.

УДК 611:371.3

ΑΕΕΙ ΔΕΝΘΑΙ Γ Β ΝΟΧΑΝΙ ΕΘ ΔΑΘΙ Τ ΕΤ Α²Ε Ο ΑΙ ΕΕ²Γ ²×Γ ²Ε
Γ ²ΑΑΓ ΔΙ ΑΘ² Γ Α ΕΑΘΑΑΘ² Γ Τ ΘΙ ΑΕΥΙ Τ - Ο²Ç²Γ ΕΤ Α²-

Γ .Α. ΕΓ εδδδ³αñüêêé

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**THE USE OF MODERN TECHNOLOGIES IN PRECLINICAL TRAINING
ET THE NORMAL PHYSIOLOGY DEPARTMENT**

M.V. Yoltukhivsky

Vinnitsia State Medical University by M.I. Pyrohov

У статті розглянуто напрямки вдосконалення доклінічної підготовки на кафедрі нормальної фізіології Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Обґрунтовано роль занять клініко-лабораторного характеру з дослідженням або аналізом функцій організму людини, зокрема обговорюється досвід комп'ютеризації навчального процесу.

In the article the directions of preclinical training advancement at the normal physiology department of Vinnitsia State Medical University by M.I. Pyrohov are reviewed. The role of clinico-laboratory classes with investigation or human body functions has been substantiated and specifically the experience of tuition process computerization is discussed.

Вступ. У системі вищої медичної освіти фізіології належить чільне місце у доклінічній підготовці лікарів. При оптимізації навчального процесу зростає роль інтеграції кафедри нормальної фізіології з кафедрами клінічного профілю.

На основі аналізу й узагальнення інформації, отриманої з дисциплін морфологічного та загальнобіологічного профілю, фізіологія визначає закономірності функціонування цілісного організму людини за системним принципом. Цілком доречно в назві сучасних підручників для медичних вузів зазначено саме “Фізіологія людини” [1, 2, 3], або “Медична фізіологія” [4].

Тенденція на профільне переорієнтування простежується і на змісті навчальних видань: значне обмеження посилянь історичного плану та експериментальних ілюстрацій, а також методик досліджень – при внесенні таких питань як фізіологічна характеристика фізичної та розумової праці, елементи адаптації, основи психофізіології. Це свідчить про підвищення значимості фізіології для підготовки студента до переходу на вивчення клінічних дисциплін. Передумовою тому є значна кількість годин, присвячених вивченню фізіології, а також запровадження державного іспиту.

У сучасних умовах зростає роль стандартизації оцінки знань студентів [5]. На це спрямовано проведення тестового ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок-1”. Застосування нових навчальних технологій, у тому числі й комп'ютерних, вимагає більш ефективних методологічних підходів до організації навчального процесу.

Основна частина. Протягом останніх десяти років на кафедрі нормальної фізіології Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова під керівництвом професора В.М. Мороза удосконалюється доклінічна підготовка студентів і особлива увага приділяється впровадженню сучасних технологій [6-9].

Підготовка до вивчення клінічних дисциплін починається вже на першій (вступній) лекції. Звертається увага майбутніх лікарів на те, що нормальна фізіологія забезпечує засвоєння механізмів роботи і призначення будь-яких функцій шляхом отримання можливості й навичок для надання відповіді на три кардинальних питання: “Як?”, “Чому?”, “Для чого?”. Останнє питання висвітлюють протягом усього року з елементами прикладного клініко-діагностичного плану.

При вивченні окремих систем організму конкретизуються механізми й умови, необхідні для забезпечення здорового стану. Показником є обґрунтування певних констант. При цьому звертається увага на динамічність критеріїв го-

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

меостазу залежно від умов взаємодії організму людини з довкіллям. Узагальненням є заключна лекція з проблем адаптації.

Таким чином здійснюється взаємодія фізіології як фундаментальної науки з валеологією – наукою про умови збереження здорового стану людини та про “кількість здоров’я”. Поняття гомеостазу переводиться на ширші рейки – гомеокінезу як в лекційному курсі, так і на практичних чи підсумкових заняттях. З метою свідомого засвоєння матеріалу з відповідною мотивацією, кожна закономірність теоретичного плану оцінюється в аспекті значимості в прикладному плані – для здійснення функції в здоровому стані, а в разі відхилення – як моделі атипового зрушення, що може мати патогенетичне, діагностичне значення, а також вказувати напрямок корегування (тобто чітко розуміння фізіологічних процесів є першими щаблями на шляху створення клінічного мислення у студента). Цьому сприяє робота з узгодження програмних питань та робочих планів із фізіології з клінічними кафедрами (пропедевтичної терапії, педіатрії, неврології тощо).

У сучасних умовах об’єктивним є ускладнення алгоритму практичних занять з використанням як класичних методик, так і нових технологій, спрямованих на зростання частки індивідуальної роботи студента. З року в рік кафедра удосконалює навчальні плани з метою підвищення питомої ваги занять клініко-лабораторного характеру з дослідженням або аналізом функцій організму людини кожним студентом. На сьогодні близько 70 % усіх практичних занять з фізіології присвячено саме таким дослідженням. Це переважна частина занять з фізіології крові, дихання, кровообігу, аналізаторів. Серед нещодавно створених методрозробок – “Визначення латентного періоду напруги й розслаблення двоголового м’яза в людини” (як додаток до експерименту на нервово-м’язовому препараті жаби), “Оцінка працездатності людини за методом велоергометрії”. На практичних заняттях запроваджено використання комп’ютерних методів електрокардіографії, спірографії, електроенцефалографії.

Усі заняття із самопідготовки в сітці розкладу (а їх 8) присвячені дослідженням функцій людини. Методрозробки складені викладачами кафедри й видані друкарським способом. Серед них “Динамометрія”, “Функціональні

дихальні проби”, “Визначення клінічно важливих спинномозкових рефлексів” тощо.

Розширенню знань студентів про сучасний рівень методів функціональних досліджень допомагає проведення практичних занять у науково-дослідному центрі університету (використання тепловізора, автоматизованих комплексів дослідження крові, комп’ютерної оклюзійної спірограми, ультразвукових приладів).

Із метою підкреслення важливості клініко-лабораторних досліджень у кінці навчального року проводиться заключне заняття у формі заліку з практичних навичок. При цьому акцентується увага на усвідомлення і розуміння принципів таких досліджень.

Сьогодні є труднощі в отриманні устаткування для індивідуального виконання дослідження кожним студентом. Тут значною мірою виручає робота в комп’ютерному класі з оцінкою власних функцій студента-виконавця за створюваними на кафедрі програмами (“Визначення часу акустико-моторних реакцій”, “Оцінка типологічних властивостей людини”, “Визначення тону автономної нервової системи”). До створення програм залучаються кращі студенти. Активують творче мислення програми, які моделюють функціонування серцево-судинної системи, зокрема визначення ролі окремих факторів, що зумовлюють артеріальний тиск. Елементи проблемності й ситуаційності закладено у вирішення за допомогою комп’ютера задач із характеристикою функцій центральної нервової системи. Виправдала себе, як контролююча й навчальна, програма визначення груп крові.

Є певні методичні напрацювання колективу кафедри не лише щодо оцінки засвоєння матеріалу, але й виховання у майбутнього лікаря навичок до активного самостійного мислення. Крім традиційного контролю знань шляхом опитування, запроваджується метод фронтальної оцінки засвоєння програмних питань шляхом короткого письмового опитування, у тому числі й у вигляді схем, таблиць, малюнків. На сьогодні проходить апробацію (як пошукова науково-дослідна робота) проведення занять за методом дискусій. Попередній висновок дає можливість твердити, що ця форма цілком виправдовує себе в групах “сильних” студентів.

Багаторічною традицією є відведення частини академічних годин для науково-теоретичних конференцій з проблемних питань (пам’-

ять, емоції, особливості регіонального кровообігу, адаптація тощо). Це потребує самостійної роботи студента з додатковою літературою. Протягом двох академічних годин доповідачами виступають усі студенти групи. Така форма дає змогу виявити, оцінити й активізувати творчі здібності та можливості кожного студента.

Серед методичних засобів, що сприяють розвитку творчого мислення, є створення проблемності, яку закладено в ситуаційні задачі II – III рівнів засвоєння. Це видані колективом кафедри збірки (з кожного розділу дві брошури – задачі та відповіді до них). У більшості задач (а їх 356) поставлено за мету активізувати уміння використовувати знання з фізіології в інтересах клініки. У частині їх моделюються ситуації, подібні до тих, з якими зустрічається лікар. Отже, за спрямованістю матеріал максимально наближений до вимог медичної фізіології. Задачі й відповіді до них використовуються при контролюванні знань (як додаток до усного опитування), а також у режимі позааудиторного навчання.

Елементи ситуаційності внесено також у тестові питання (їх майже 1000). Тестування проводиться регулярно протягом навчального року з використанням комп'ютерної техніки при проведенні підсумкових занять, університетських та державних олімпіад. Важливим фактором вважаємо те, що створені програми працюють за таким же принципом, як і “Крок-1”. Аргументом на користь такого підходу є результат проведення тестування у 2000 році. Загальний результат 504 студентів з усіх предметів склав 59,1 %. З фізіології він один з найвищих – 67,6 %.

Цікавою і, на нашу думку, важливою формою підвищення мотивації на майбутню практичну діяльність при вивченні фізіології є спілкування з клінічними кафедрами через студентське наукове товариство. Багаторічною традицією стало, зокрема, проведення спільних засідань студентських наукових гуртків кафедри фізіології та неврології на базі клініки. Після завершення вивчення фізіологічних функцій нервової системи, другокурсники отримують підкріплення ролі окремих відділів мозку на прикладах порушення цих функцій у хворої людини. Вдалим є спілкування гуртківців кафедр фізіології та клінічної фармакології. Студентам-педіатрам особливо запам'яталися спільні засідання з кафедрою

дитячих хвороб, які проводилися на базі міського будинку дитини.

Повсякденним завданням колективу кафедри фізіології, як і будь-якої кафедри медичного вищого навчального закладу, є прищеплення майбутнім лікарям елементів деонтології. По-перше, враховується необхідність створення доброзичливого клімату у стосунках викладачів і всіх співробітників кафедри зі студентами як колегами. Разом з тим, враховуючи специфіку предмета, неодмінним є завдання теоретичного обґрунтування елементів деонтології з позицій психофізіології. Ще на студентській лаві майбутній лікар повинен усвідомити роль сили індивідуальних стосунків з пацієнтом, зокрема сили словесного впливу на наслідки професійного лікувального втручання. На це звертається прицільна увага при вивченні законів вищої нервової діяльності й робиться акцент на значення для лікаря обов'язкового самовиховання “дорогоцінної домінанти безроздільної уваги до іншого” [10], домінанти на доброту та співчуття. З позиції етики та деонтології трактуються типологічні варіанти людських стосунків. При цьому використовуються класичні ілюстрації з клінічної практики, а також з художньої літератури, образотворчого мистецтва. Серед позааудиторних форм практикується організація диспутів із проблеми “Лікар та хворий”.

Висновки. Узагальнюючи вищенаведене, слід зробити висновок, що фізіологія нерозривними коренями пов'язана з усіма гілками медицини і є її невід'ємною частиною. Одним із важливих завдань кафедр нормальної фізіології є доклінічна підготовка студентів, і особливу увагу необхідно приділяти впровадженню сучасних, у тому числі й комп'ютерних, технологій у навчальний процес, що якісно його удосконалює.

Студенти зацікавлено сприймають нові підходи до навчання, беруть активну участь у розвитку комп'ютерних технологій, добре орієнтуються у сучасних тенденціях розвитку науки.

При забезпеченні більшої стандартизації навчання зростають можливості індивідуального підходу до студента, стає багатоплановою взаємодія викладача і студента, змінюються педагогічні підходи до викладання, стає більш предметною і динамічною взаємодія теоретичних кафедр із клінічними, що є складовою підготовки висококваліфікованих спеціалістів.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Література

1. Физиология человека /В 3-х томах. Пер. с англ. / Под ред. Р.Шмидта и Г.Тевса. – М.: Мир, 1996.
2. Основы физиологии человека /В 2-х томах / Под ред. Б.И.Ткаченко. – СПб, 1994.
3. Агаджанян Н.А., Тель Л.З, Циркин В.И., Чеснокова С.А. Физиология человека. – СПб, 1998. – 528 с.
4. Ковешніков В.Г., Чистолінова Л.І., Руденко М.А. Упровадження сучасних комп'ютерних технологій у навчальний процес на кафедрі анатомії людини Луганського державного медичного університету // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 43-45.
5. Братусь Н.В., Власенко О.В., Йолтухівський М.В. та ін. Організація навчально-виховної роботи на кафедрі нормальної фізіології у становленні особистості лікаря // Гуманітарне та патріотичне виховання студентів: Тези доповідей навчально-методичної конференції професорсько-викладацького складу університету, Вінниця, 12 березня 1998. – Вінниця, 1998. – С. 8.
6. Братусь Н.В., Мороз В.М., Власенко О.В. та ін. Досвід та перспективи використання нових інформаційних технологій у педагогічному процесі на кафедрі нормальної фізіології // 14 з'їзд українського фізіологічного товариства ім.І.П. Павлова: Тези доп. – Київ, 1994. – С. 264.
7. Мороз В.М., Братусь Н.В., Власенко О.В., Йолтухівський М.В. Використання сучасних інформаційних технологій з метою об'єктивізації контролю знань студентів на кафедрі нормальної фізіології // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів України: Тези доповідей Української науково-методичної конференції, Одеса, 24-26 вересня 1997. – Київ-Одеса, 1997. – С. 406.
8. Мороз В.М., Братусь Н.В., Йолтухівський М.В. та ін. Досвід: успіхи та проблеми впровадження нових інформаційних технологій // Перспективи впровадження нових форм і методів навчання у медичному університеті: Тези доповідей навчально-методичної конференції, Вінниця, 25 січня 2000. – Вінниця, 2000. – С. 80-81.
9. Ухтомский А.А. Интуиция совести. Письма. Записные книжки. Заметки на полях. – СПб: Петербургский писатель, 1996. – 527 с.
10. Guyton Arthur C. Textbook of Medical Physiology. – W.B.Saunders company, 1991. – 1014 p.

УДК 616.31-089(07.07)

Ї ²ÄÄÈÙÁÍ Í В ÄÖÄÈÖÈÁÍ Í ÑÒ² ÆÏ ÄÄÄÄÍ Í В ²Í ÒÄÄÍ ÄÖÖÈÈ Ç
Ö²ÐÖÐÄ²×Í Í - ÑÒÍ Í ÄÖÍ ÈÍ Ä²-

Т.Т. Делі і О.О.а, Т.І. А.оңі аа, Т.А. Äí ðí ááöü, È.В. Ї äðääèí ä
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Національний медич-
ний університет ім. О.О. Богомольця

EFFICIENCY UPGRADING OF THE TRAINING OF RESIDENT PHYSICIANS IN SURGICAL STOMATOLOGY

O.O.Timofeyev, Ye.P.Vesova, Ye.V.Horobets, and K.Ya.Peredkov

*Kyiv Medical Academy of Post-graduate Education y P.L. Shupyk, National Medical
University by O.O. Bohomolets*

Характеризується система підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю хірургічна стоматологія. Обґрунтовується застосування модульно-тьюторської системи у навчанні інтернів, а також використання в навчальному процесі етапного тестового контролю, ситуаційних задач, відеофільмів. Розкривається роль практичних навичок. Висловлюється побажання з поліпшення організації проведення інтернатури з хірургічної стоматології.

It is described the system of resident physicians training in speciality of Surgical Stomatology. A substantiation is given of using the module-tutor system in the training of resident physicians, the stepwise test control of resident physicians as well as of using situational tasks and video films in the training process. A role for training in practical skills is stressed. Certain proposals are stated as for improving the organization of resident physicians training in speciality of Surgical Stomatology.

Вступ. У теперішній час висуваються високі вимоги до підготовки лікаря-спеціаліста. Тому необхідно більше уваги приділяти післядипломній освіті, особливо підготовці лікарів-інтернів на першому етапі становлення їх як лікарів-спеціалістів.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії КМАПО ім. П.Л. Шупика є базою для підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю “Хірургічна стоматологія” для всіх областей України.

Основна частина. Інтернатура – це перехід від навчання у вузі, де переважно були отримані теоретичні знання, до майбутньої практичної діяльності, зокрема, складної професії – щелепно-лицевої хірургії.

Період навчання за цим фахом триває 1 рік, але ми вважаємо, що цього недостатньо. Саме тому він має бути дуже насиченим та ефективним щодо підготовки спеціаліста.

Професорсько-викладацький колектив нашої кафедри прагне виробити у майбутнього спеціаліста науково-клінічне мислення, що є першочерговим для підготовки висококваліфіко-

ваного спеціаліста в галузі хірургічної стоматології.

На кафедрі лікарі-інтерни оволодівають як теоретичними знаннями, так і практичними навичками, яким приділяють велику увагу.

Для полегшення переходу від теоретичних знань до використання їх на практиці на кафедрі розроблено низку ситуаційних задач, еталони практичних навичок, що відповідають темам, які вивчаються, та максимально наближені до професійної діяльності, що дає більше впевненості при самостійній роботі з хворими та допомагає вибрати оптимальне лікування після встановлення відповідного діагнозу.

У навчальному процесі використовуються навчаючі та контролюючі тести комп’ютерних програм, що розроблені на кафедрі щелепно-лицевої хірургії КМАПО ім. П.Л. Шупика.

Спочатку за допомогою контролюючих тестів визначають базовий рівень знань. Це той рівень, з яким лікар-інтерн розпочинає навчання. Враховуючи отримані результати, формується індивідуальний підхід до навчання кожного лікаря-інтерна.

© О.О. Тимофеев, О.П.Весова, О.В. Горобець, К.Я. Передков, 2001

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Для самостійної підготовки та самоконтролю використовуються програми в режимі тренінгу, а після кожної вивченої теми проводиться обов'язковий проміжний контроль засвоєння певного розділу теми, яка вивчалась, та виставляються оцінки межового контролю рівня засвоєння певного розділу програми.

Застосовують сучасні технічні засоби навчання – відеофільми (на кафедрі близько 50 відеофільмів), кодограми тощо.

У навчальному процесі використовується модульно-тьютерська система. У структурі цієї дидактичної системи навчання передбачено: оглядову лекцію, самостійну роботу (бібліотека та семінарські заняття), систему консультацій та тьютерські заняття.

Оглядова лекція, залежно від обсягу модуля, висвітлює основні розділи щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології. Мета такої лекції – створити загальну картину навчального матеріалу: основні принципи класифікації, клініки, діагностичні та лікувальні методи. Завдяки оглядовій лекції створюється цілісне уявлення предмета та формуються конкретні поняття.

Лікарі-інтерни орієнтуються на самостійну роботу, яка має термін виконання. Як допоміжний матеріал на кафедрі існують методичні розробки з основними теоретичними положеннями та завданнями. Контроль здійснюється на семінарських заняттях.

Система консультацій має ліберальний характер, де за характером запитань викладач може встановити прогалини рівня знань. Групові та індивідуальні консультації – це відповідний контроль знань.

Тьютерські заняття проводить куратор, вони починаються з тестового контролю (письмова робота), контролю практичних навичок та методології обстеження. Після аналізу результатів контрольної роботи організовується дискусія, де розглядаються складні питання, та помилки. Критичний аналіз та проблемні питання допомагають формувати клінічне мислення лікаря-інтерна. Підведення підсумків та узагальнення рівня засвоєння відповідної теми допомагають уточнити відповідні завдання з даної теми. Підсумкове заняття завершує модульно-тьютерську систему навчання.

Багато уваги і часу приділяється вивченню

практичних навичок (до 60 % часу перебування на очному курсі циклу інтернатури), яке проводиться в операційних, на травмпункті, у ролі помічників палатних лікарів. Свою практичну роботу лікар-інтерн відображає в щоденнику, який дає змогу викладачеві щоденно контролювати його роботу. Оскільки очний цикл інтернатури, тобто навчання на кафедрі поділено на 2 періоди, то після 1 періоду (4 місяці навчання) відбувається піврічна атестація, що полягає в складанні комп'ютерних тестів і практичного іспиту, результати яких передаються в відділ інтернатури КМАПО ім. П.Л. Шупика. В зв'язку з тим, що частину часу (заочний курс навчання) лікар-інтерн проводить на базах стажування, кафедра підтримує тісний зв'язок з цими базами з метою контролю навчання лікаря-інтерна.

У кінці циклу інтернатури лікарі-інтерни складають комп'ютерний підсумковий контроль за програмою інтернатури (умовою позитивного складання іспиту є перевищення межі в 75 %), а також співбесіду – іспит із засвоєння практичних навичок, після чого вираховується підсумкова оцінка знань лікаря-інтерна.

На базі кафедри щелепно-лицевої хірургії навчаються інтерни суміжних стоматологічних дисциплін, а саме: циклів загальної стоматології, ортопедичної стоматології, терапевтичної стоматології. Для цього створені комп'ютерні програми, з якими вони можуть працювати в навчальному та контролюючому режимі. У базі комп'ютера знаходиться понад 2700 тестів у програмі "Загальна стоматологія".

Оновлена та трансформована комп'ютерна програма ААС-2000 кардинально відрізняється від попередньої. У ній на сучасному рівні відображено основні тематичні розділи навчання та практики лікарів-стоматологів з хірургічної стоматології. Вона дає можливість провести контроль теоретичних і практичних знань та вмінь лікарів-інтернів (2396 питань).

Висновок. Навчальний процес на циклі інтернатури кафедри щелепно-лицевої хірургії КМАПО ім. П.Л. Шупика орієнтується на послідовне та систематичне наближення лікаря-інтерна до практичної діяльності на основі глибоких теоретичних знань і максимального полегшення адаптації молодого спеціаліста на робочому місці.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Література

1. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине. – К., 1996 г. – 187 с.
2. Ардомантский Н.А. Методические материалы для медицинских вузов. – К., 1995 г. – 32 с.
3. Тренінг комунікативних умінь (Методичні матеріали), – Київ-Луцьк, 1999 р. – 34 с.
4. Говкалюк Н.О., Казакова Р.В., Рожко М.М., Годованець Л.В. Шляхи покращення якості післядипломного навчання лікарів // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. – Харьков, 1998. – вып. I – с.169.

І ДІ АЕАІ А ²І ДААДАÖ²- І АОЕ О НÈÑÒАІ ² АÈ ÙÎ - Ì ААÈ × Í Î -
Î ÑÂ²ÒÈ

Т .А. Ааі ³оі аñüèа

Дніпропетровський медичний інститут народної медицини

PROBLEM OF INTEGRATION OF SUBJECTS IN THE SYSTEM OF
HIGHER MEDICAL EDUCATION

O.V. Demichovska

Dnipropetrovsk Medial Institute of Folk Medicine

Додипломна медична освіта повинна створювати у студента цілісне, інтегроване уявлення про певні галузі медицини. На прикладі навчальних дисциплін, які стосуються інфекційних хвороб людини (мікробіології, паразитології, вірусології, імунології, клініки інфекційних хвороб, дитячих інфекцій, фтизіатрії, шкірно-венеричних хвороб та епідеміології), розглядаються доцільність і можливість їх інтеграції в єдину кафедру на медичних факультетах або в невеликих медичних навчальних закладах III рівня акредитації. Згідно із сучасними теоріями і тенденціями медичної практики, стрижнем інтеграції цих предметів могла б стати епідеміологія.

Higher medical education has to create in student an entire integral notion of the certain fields of medicine. Expediency and possibility of integration of all subjects connected with infectious diseases (microbiology, parazitology, virology, immunology, clinics of infectious diseases, children infections, phthisiology, venereology and epidemiology) into the united department at the medical faculty or small medical establishments of the III rd accreditation level are discussed in the article. According to the contemporal theories and tendency of present-day medical practice epidemiology should be a pivot of the integration of these subjects.

Вступ. Прагнення поглибити уяву про патогенез захворювань або запровадити складні специфічні методи досліджень наприкінці ХХ сторіччя призвели до глибокої диференціації медичних наук. У результаті медицина як галузь людського знання стала збіркою різноманітних дисциплін, що вивчають окремі органи, функції або хвороби людини. Становлення самостійних медичних наук було відзначено створенням окремих кафедр, на базі яких виростали певні наукові напрямки і школи. Із однієї кафедри, наприклад, терапії, у великому ВНЗ виникало до десятка окремих кафедр або курсів, які з часом відстоювали навчальні години у більш загальних дисциплін і рядок у заліковій книжці студента. Донедавна одна дисципліна викладалась на одній кафедрі, яка розглядала одну, рідше декілька наукових проблем.

Сьогодні такий аналітичний підхід поступово втрачає своє евристичне значення. Найбільш перспективні відкриття відбуваються на стику наук. Помітна тенденція до взаємопроникнення наук, що вивчають людину і середовище її

існування (медична екологія). Відродився інтерес до древніх систем медичних знань (гомеопатія, східна медицина), які розглядають людину в цілісності, а не за окремими органами і системами. Велика увага, що приділяється створенню в Україні моделі універсального сімейного лікаря, відображає тенденції інтегративного підходу до хворого в медичній практиці. Синтетичні, інтегративні процеси в медичній науці та практиці повинні знайти певне відображення в системі медичної освіти. Додипломна медична освіта має створювати у студента цілісне, інтегроване уявлення про певні галузі медицини.

У зв'язку з цим, виникає ряд теоретичних і організаційних проблем. Теоретична проблема інтеграції полягає у виборі методологічної науки, яка б могла стати стрижнем інтеграції окремих медичних дисциплін. Організаційні проблеми інтеграції стосовно системи вузівської освіти полягають в існуванні кафедр як основного організаційно-структурного осередку вищого навчального закладу, як наукового, методичного та освітнього центру окремих медичних дисциплін.

Основна частина. Розглянемо процеси дезінтеграції та інтеграції стосовно наук, що вивчають інфекційні хвороби людини.

Традиційно мікробіологія, імунологія, вірусологія вивчаються на загальній кафедрі (4-5 семестри), а паразитологія входить у навчальну програму з біології (2 семестр). Навряд чи викладач медичної мікробіології, говорячи про морфологію мікроорганізмів і поживних середовищ і, особливо, про лабораторну діагностику в спеціальному курсі (5 семестр) зможе залишити поза увагою питання патогенезу і клініки відповідної інфекційної хвороби.

Малоймовірно також, що, розглядаючи питання профілактики гельмінтозів у курсі епідеміології (10 семестр), студент легко згадає життєвий цикл паразита, який він вивчав на I курсі.

Умовність відособлення дитячих інфекцій, на що вказував ще Л.В. Громашевський [1], чітко продемонструвала нещодавня епідемія дифтерії. Проте у багатьох ВНЗ були відкриті кафедри дитячих інфекцій, видана окрема навчальна програма з цього предмета. Відокремлення дисциплін шкірно-венеричних хвороб і фтизіатрії від загальних інфекційних хвороб у свій час було продиктовано, перш за все, впровадженням системи диспансеризації окремих категорій інфекційних хворих. Виділенню фтизіатрії як самостійної галузі медицини об'єктивно сприяли різноманітність клінічних проявів і засобів лікування туберкульозу. Так само можна було б виділити із загальних інфекційних хвороб і СНІД (ВІЛ-інфекцію). Проте в сучасному медичному ВНЗ ідеться саме про міжпредметну інтеграцію викладання ВІЛ-інфекції, а не про створення окремого предмета [2].

Порівняння навчальних програм з дисциплін, що вивчають інфекційні хвороби, дозволяє помітити загальні теми, паралелі, ремінісценції. Ізольованість теоретичних і клінічних дисциплін, а також прагнення вузьких спеціалістів виділити свій предмет, суперечать необхідності формування у студентів цілісного уявлення про етіологію і патогенез інфекційних хвороб.

Епідеміологія як наука про епідемічний процес сформувалась завдяки видатним вітчизняним ученим Л.В. Громашевському, Д.К. Заболотному, В.М. Беклемішеву, Є.Н. Павловському та іншим. У західних країнах теоретиків такого масштабу не було, а праці радянських учених не одержали відповідного визнання і

поширення. Тому епідеміологія на Заході – це, в основному, прикладна наука для вивчення будь-яких масових захворювань і явищ у суспільстві. До того ж, запровадження комп'ютерних технологій сприяло проникненню епідеміологічного аналізу у всі сфери суспільної охорони здоров'я. Епідеміологи є серед кардіологів, онкологів, стоматологів тощо. У країнах СНД спеціаліст-епідеміолог асоціюється суто із системою санітарно-епідеміологічної служби й інфекційними хворобами. Дискусія про предмет вивчення епідеміології як науки (епідемічний процес або масові захворювання і явища в суспільстві) почалася в СРСР ще в 60-70-ті роки. Вихід у світ підручника В.Д. Белякова і Р.Х. Яфаєва [3], рекомендованого МОЗ СРСР для студентів санітарно-гігієнічних факультетів, відзначив поєднання “інфекційної” (традиційної) і “неінфекційної” епідеміології у рамках однієї дисципліни. При цьому кількість навчальних годин на вивчення епідеміології не збільшилась за рахунок, наприклад, медичної статистики, яку викладають у курсі соціальної медицини, а час на вивчення закономірностей епідемічного процесу і системи епідеміологічного нагляду скоротився, відповідно, майже вдвічі.

Сучасна навчальна програма з епідеміології [4] дещо позбавлена цієї невідповідності і зорієнтована переважно на інфекційні хвороби. Але невелика кількість аудиторних годин (48) для студентів V курсу всіх факультетів, включаючи й медико-профілактичний, зробила неможливим самостійне існування кафедри епідеміології в багатьох медичних вузах України. Зараз це курс при кафедрах інфекційних хвороб або мікробіології тощо.

Проте теоретичні основи вітчизняної епідеміології збагатилися соціально-екологічною концепцією [5], яка розглядає епідемічний процес як багаторівневу ієрархічну систему, що включає інфекційний процес (від молекулярного до організменого рівня) і власне епідемічний процес, що проявляється на екосистемному (паразитарна система, осередок) і соціосистемному (вищому) рівні його ієрархії. Базуючись на цій теорії, епідеміологія як наука про епідемічний процес може виступати як інтегративна, методологічна наука, здатна з'єднати всі предмети, що вивчають інфекційну патологію, – від молекулярної біології та мікро-

біології до клініки інфекційних хвороб і практики організації профілактичних і протиепідемічних заходів.

Прикладом об'єднання предметів "по вертикалі" може служити кафедра інфектології ДМІ НМ, де викладаються фундаментальні, загальномедичні і клінічні дисципліни, що вивчають галузь медицини, пов'язану з інфекційною патологією або із системою епідемічного процесу: мікробіологія, вірусологія, імунологія, клініка інфекційних хвороб, дитячі інфекції, туберкульоз, шкірно-венеричні хвороби, епідеміологія. Остання в цьому блоці має відігравати інтегративну, методологічну роль (що найбільш достовірно за умови завідування кафедрою епідеміологом). Це дозволить навіть без корінного перегляду чинних навчальних програм створити реальну можливість спадкоємного і синтетичного викладання різних предметів, бо в рамках єдиної кафедри значно простіше організувати виконання наскрізних програм навчання суміжних дисциплін. При цьому, наприклад, питання лабораторної діагностики в курсі інфекційних хвороб міг би читати мікробіолог, а організацію щеплювальної справи в курсі дитячих інфекцій – епідеміолог.

Слід підкреслити, що викладена система інтеграції кафедр пропонується не як зразок для загального наслідування, а як альтернатива неминучого при певних умовах об'єднання кафедр за іншими принципами. В економічній ситуації,

що склалася в країнах СНД, набір у медичні ВНЗ на бюджетній основі неухильно скорочується з відповідним скороченням викладацьких ставок. Організація платного медичного навчання в комерційних медичних закладах або факультетах з невеликим набором студентів при незмінному штатному розкладі (не менше 5 повних викладацьких ставок) призводить до неминучого об'єднання традиційно самостійних кафедр. Об'єднання предметів "по горизонталі", тобто за суто навчальним принципом (наприклад, фізика, хімія, біологія, що вивчаються на молодших курсах) або за територіальним розташуванням навчальних баз, безумнівно, зручне для деканатів, але ставить під сумнів існування кафедри як цілісного підрозділу з єдиним профілем дисциплін, що викладаються, і певним напрямком наукової і методичної роботи. Саме цілісна уява, не роздібнена за окремими дисциплінами, допоможе студенту подолати клінічний ліцензійний екзамен, що активно впроваджується в систему медичної освіти України.

Висновок. Додипломна медична освіта повинна створювати у студента цілісне інтегроване уявлення про певні галузі медицини. Вертикальний принцип об'єднання спеціальних курсів (дисциплін) у кафедру, що ґрунтується на сучасних теоріях і тенденціях сучасної медицини, допомагатиме інтегративному сприйманню студентами медичних проблем, зокрема, проблеми інфекційних хвороб.

Література

1. Теоретические вопросы эпидемиологии: Избр.тр. / Громашевский Л.В. – К.: Здоров'я, 1987. – Т.2 – С.125-145.
2. Андрейчин М.А. Интеграция викладання ВІЛ-інфекції // Медична освіта.– 1999. – № 1. – С.55-58.

3. Беляков В.Д., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – М.: Медицина, 1989.– 416 с.
4. Програма з епідеміології для студентів медичних вузів. – Київ. 1996. – 18 с.
5. Черкасский Б.Л. Системный подход в эпидемиологии. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 616 – 006 (07.07)

ΜΟΕΥΘΕΙ ΔΙ ΟΑΝ²ΕΙ² Τ ΝΙ Τ ΑΕ ΑΕΕΕΑΑΑΙ Γ Β ΕΕ²Ι²×Γ Ι -
Τ Γ ΕΙ ΕΙ Α²-

².É. Ààèàé÷óê

Тернопільська державна медична академія

MULTIPROFESSIONAL APPROACH TO TEACHING OF CLINICAL ONCOLOGY

I.Y. Galaychuk

Ternopil State Medical Academy

Мультпрофесійний підхід до лікування онкохворих вже існує на практиці, а у навчальному процесі цей принцип ще не набув поширення. З 1998 року в Тернопільській медичній академії онкологію як окремий предмет почали викладати студентам медсестринського факультету. Таким чином, для викладачів кафедри онкології створилася унікальна можливість формувати онкологічні принципи клінічного мислення в студентів обидвох факультетів – як медичного, так і медсестринського. Запропонована мультпрофесійна модель підготовки студентів за принципом моделювання клінічних ситуацій уявною структурною одиницею “лікар – медсестра” в кожному з відділів багатопрофільної онкологічної лікарні. Така навчальна модель сприятиме кращому засвоєнню та збереженню онкологічних знань, вихованню професійних відносин між майбутніми спеціалістами і, разом з тим, вона відповідає принципам мультпрофесіоналізму в лікуванні онкохворих.

A multiprofessional approach already exists in treatment of cancer patients. However, in the educational process the principle of training students to work in cancer care team is not yet common. Since 1998 undergraduate students of Nursing Faculty in Ternopil Medical Academy have been studying oncology as a separate subject. Because training of nursing students is held in oncology department of Medical Faculty, it is possible to teach a team approach to medical and nursing students simultaneously. The team is envisioned to consist of a “physician–nurse” student working unit. The training method is based on research methods and situation modeling of clinical cases in each department of a comprehensive cancer hospital, where the theoretical knowledge of medical and nursing students and their practical skills should meet together and complement each other. This teaching method should form a professional relationship between the doctor and the nurse, contribute to mastering of their cancer knowledge, which in practice will enable them to work as a team. This method also lays a foundation for the modern principles of multiprofessionalism in treatment of cancer patients.

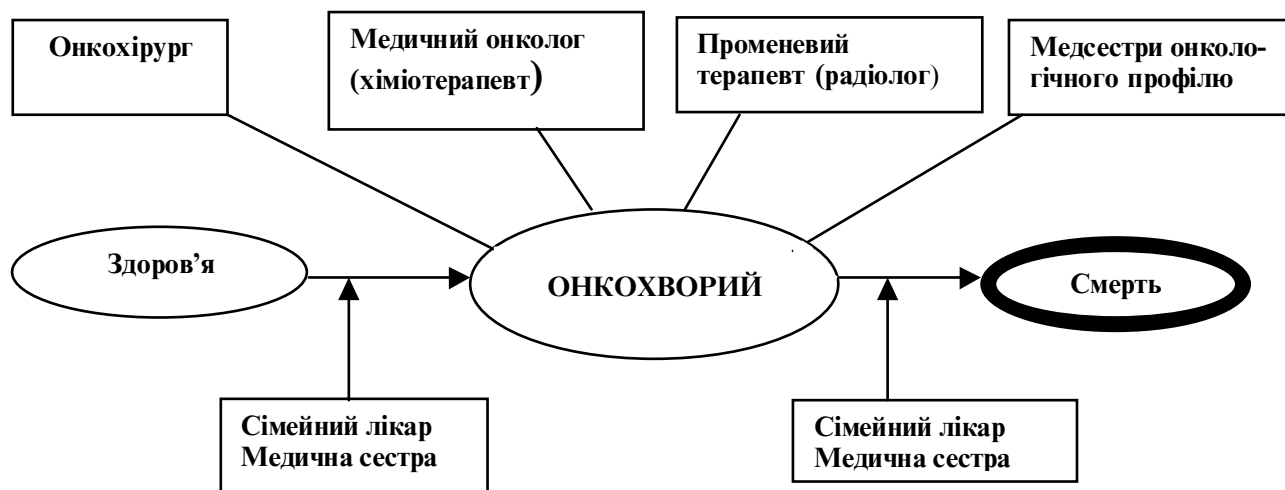
Вступ. Сучасні погляди на лікування онкологічних хворих базуються на застосуванні динамічної мультпрофесійної моделі, центром якої є пацієнт [1-6]. Згідно з таким підходом онкохірург, радіолог, хіміотерапевт і медсестри онкологічного профілю становлять ядро медичної команди (рис. 1). Під час тривалого процесу спеціального лікування до цієї команди залучаються лікарі променевої діагностики, патогістологи, клінічні генетик і фармаколог, геронтолог, дієтолог, спеціалісти реабілітації, психологи, соціальні працівники тощо. Особливу роль у цій команді відіграє

лікар загальної практики (сімейний лікар, дільничний терапевт), який разом із медсестрою піклується про пацієнта, починаючи з етапу діагностики і, – аж до його смерті. Більшість лікарів і медсестер загальної практики спорадично застосовують свої знання з онкології. Досвід показує, що вже через два-три роки після закінчення ВНЗ у них залишається досить примітивний рівень спеціальних онкологічних знань [7-10].

За даними Всесвітньої протиракової організації (UICC), щороку більш ніж 100 тисяч смертей від раку можна було б попередити, якби медичний персонал мав адекватні знання з онкології [11, 12].

© І.Й. Галайчук, 2001

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ



Лікарі променевої діагностики (РО", КТ, УЗД, ЯМР)
 Патогістолог, цитолог
 Лікарі-лаборанти
 Лікарі-ендоскопісти
 Клінічний генетик
 Клінічний фармаколог

Геронтолог
 Дієтолог
 Психолог
 Спеціалісти реабілітації
 Соціальні і культові працівники
 Працівники хоспісу

Рис. 1. "Медична команда", яка бере участь в діагностиці, лікуванні та догляді за онкологічно хворою людиною.

Для того, щоб закріпити студентські знання, в медичних університетах застосовують сучасні навчальні методи: мультимедійні комп'ютерні модулі, самопідготовка через систему Інтернет, комп'ютеризовані клінічні ситуаційні ігри та клініко-навчальні тести [13-20]. З метою уніфікації навчального процесу, під егідою UICC розробляється міжнародна навчальна програма з онкології [21].

У той час, коли мультипрофесійний підхід до лікування онкохворих вже існує на практиці, в навчальному процесі такий принцип лише починає впроваджуватися [22-24].

Основна частина. За останні роки, в результаті реорганізації медичної освіти, в медичних університетах і академіях України відкрились факультети вищої медсестринської освіти. Починаючи з 1998 року, в Тернопільській медичній академії онкологія як окрема дисципліна (81 год) включена в навчальний розклад студентів-бакалаврів медсестринського факультету, педагогічний процес для яких забезпечує колектив кафедри онкології медичного факультету. Таким чином, для викладачів кафедри склалася унікальна можливість формувати онкологічний клінічний світогляд студентів як медичного, так і медсестринського факультетів. Виникає питання: "За якими ж методологічними

принципами здійснюватиметься таке навчання, адже ці групи студентів навчаються за різними програмами?"

Пропонується мультипрофесійна модель навчального процесу, спрямована на підготовку студентів за принципом роботи структурної одиниці "лікар - медсестра" в кожному з відділів багатопрофільної онкологічної лікарні-диспансеру (рис. 2).

Згідно з цією схемою, теоретичні знання і практичні навички студентів-лікарів та студентів-медсестер стикаються на рівні діагностичних і лікувальних відділів онкодиспансеру під час навчального моделювання клінічних випадків. Ідея полягає в тому, що уявна структурна одиниця "лікар - медсестра" здійснює діагностику та лікування протягом усього періоду перебування пацієнта в різних відділах онкодиспансеру. Студенти уявно проходять вслід за пацієнтом його шлях ("via dolorosa"), який може закінчитися перемогою або трагедією, залежно від знань медичного персоналу.

Методологія ґрунтується на принципах моделювання клінічних ситуацій. Клінічними базами кафедр онкології, як правило, є багатопрофільні онкологічні лікарні-диспансери. Таким чином, студенти як медичного, так і мед-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ



Рис. 2. Загальна схема навчання студентів з використанням мультипрофесійних принципів на базі багатопрофільної лікарні.

сестринського факультетів отримують свої практичні навички в одних і тих же відділеннях диспансеру. Навчаючись за різними програмами, вони можуть поєднувати свої знання на рівні кожного з відділів, моделюючи роботу “онкологічної команди”. Методика вимагає взаємного передбачення дій та кожного наступного кроку в діагностиці чи лікуванні. А це досягається під час творчих дискусій з розгляду проблемних питань, розв’язку ситуаційних завдань, які завчасно складаються викладачами.

Мультипрофесійний підхід до навчання потребує від студентів-лікарів теоретичних знань із молекулярної біології і генетики раку, клінічної фармакології та біохімії, патофізіології і патогістології; вивчення особливостей клінічного перебігу злویкісних захворювань; бути обізнаними з основними методиками діагностики, способами лікування і реабілітації; вміти встановлювати і обґрунтовувати діагноз, робити узагальнення і висновки, передбачати наступні дії.

В навчанні студентів-медсестер наголос робиться на методах скринінгу, особливостях підготовки онкологічних пацієнтів до хірургічних втручань, ведення післяопераційного періоду, реабілітації, способах введення цитостатичних препаратів, догляді за пацієнтами в процесі хімота променевої терапії, паліативному та симптоматичному лікуванні тощо. Результатом такого навчання має стати формування професійних зв’язків між лікарем і медсестрою, засвоєння і збереження їхніх онкологічних знань, що для практичної роботи в майбутньому сприяло б формуванню навичок дій у професійній команді не лише онкологічного профілю.

Моделювання клінічних ситуацій на рівні кожного з відділів онкодиспансеру дає змогу студентам засвоїти особливості діагностики та лікування онкологічних хворих. Якщо студент-лікар повинен знати “що, коли, де і як робити”, які є “за” і “проти”, чого очікувати, який наступний крок і прогноз, то від медсестри ви-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

магається лише знати “що робити” і “як робити це”. Наприклад, основні етапи моделювання клінічної ситуації з теми “Рак молочної залози”. Алгоритм дій студента-лікаря в діагностичному відділенні можна проілюструвати таким чином: [що робити?] > анамнез захворювання > клінічне обстеження молочних залоз, пахвових ділянок, яєчників [як виконувати це?] > аналіз отриманих результатів [які наступні кроки?] > маммографія, УЗД, КТ, пункційна аспіраційна біопсія [коли, як і де це робити? які результати очікувати?] > оцінка отриманих результатів, встановлення діагнозу [обґрунтування “за” і “проти”; попередній прогноз] > і знову: який наступний крок?

Медсестри, орієнтуючись в загальній схемі обстеження, створюють психологічно адаптований до кожного пацієнта і його родичів мікроклімат під час підготовки хворого до діагностичних процедур, готують відповідні інструменти та апаратуру [що робити, як робити це?]. Вони уявно моделюють ситуацію в хірургічному відділенні. Палатна медсестра повинна знати, як підготувати пацієнта до операції та виконати передопераційні вказівки терапевта, анестезіолога. Операційна медсестра – які інструменти необхідні для такого типу операцій, передбачати хід операції для того, щоб ефективно асистувати хірургу. Перев'язочна медсестра повинна вміти доглядати за дренажами, перев'язувати рани, знати перші ознаки післяопераційних ранових ускладнень. Таким чином, студенти-медсестри, уявляючи загальну схему хірургічного лікування, повинні знати “що і як робити” відповідно до кожного етапу лікувального процесу.

Лікар (студент) хірургічного відділу пропонує варіанти оперативного лікування (радикальна резекція, модифікована мастектомія), оцінює результати гістологічного дослідження пухлини і лімфатичних вузлів, обґрунтовує заключний діагноз (pTNM), передбачає по-

дальший перебіг хвороби та розглядає методи функціональної і косметичної (реконструкція молочної залози) реабілітації.

Клінічне моделювання продовжується у відділах медичної та радіаційної онкології, далі – в поліклінічному і реабілітаційному відділеннях (рис. 2).

Тепер вже очевидно, що мультипрофесійний підхід до лікування онкохворих дає кращі результати [1,2,4]. Однак у процесі навчання студенти самостійно не можуть оцінити свою роль у багатопрофільній команді спеціалістів. Ось чому запропонована модель навчального процесу, на нашу думку, допоможе студентам краще засвоїти відповідні теоретичні і практичні знання й підготувати себе для самостійної роботи в складі мультипрофесійної команди будь-якого профілю.

Ефективність навчання значною мірою залежить від викладачів, їхнього вміння створювати і моделювати клінічні ситуації. Назріла необхідність підготовки уніфікованого підручника з онкології, призначеного для студентів медичного і медсестринського факультетів. Оцінити віддалені результати (якість) такого навчання пропонується шляхом анкетування лікарів і медсестер на 2-3 році їхньої самостійної праці.

Висновки. Мультипрофесійні основи викладання онкології можуть базуватися на принципах моделювання клінічних ситуацій уявною структурною одиницею “лікар – медсестра” в кожному з відділів багатопрофільної онкологічної лікарні, в яких послідовно перебувають пацієнти в результаті свого обстеження та лікування.

Запропонована модель навчання студентів, на нашу думку, сприятиме вихованню професійних стосунків між майбутніми лікарями і медсестрами, покращить засвоєння і збереження їхніх онкологічних знань і, разом з тим, вона відповідає сучасним принципам мультипрофесіоналізму в лікуванні онкохворих.

Подяка. Автор виражає щире подяку Американській раді з міжнародного обміну вченими (CIES, USIA Fulbright Scholar Program) за надану можливість виконувати освітній проект в якості Фулбрайтівського стипендіата в Піттсбургському університеті США в 1999-2000 рр. (грант № 23598).

Література

1. Johnson T.M., Chang A., Redman B. et al. Management of melanoma with a multidisciplinary melanoma clinic model // *J Am Acad Dermatol.* - 2000. - 42. - P. 820-826.
2. Minsky B.D. Multidisciplinary case teams: an approach to the future management of advanced colorectal cancer // *British J Cancer.* - 1998. - 77 (Suppl. 2). - P. 1-4.
3. Morris M. Implementation of guidelines and paths in oncology // *Oncology.* - 1996. - 10. - P. 123-129.
4. Wood G.S. Management of cutaneous lymphomas using a multidisciplinary approach // *Arch Dermatol.* - 1999. - 135. - P. 907-911.
5. Bonadonna G. Modern treatment of malignant lymphomas: a multidisciplinary approach? // *Ann Oncol.* - 1994. - 5 (Suppl 2). - P. 5-16.
6. O'Reilly S., Forastiere A.A. Is surgery necessary with multimodality treatment of oesophageal cancer? // *Annals of Oncology.* - 1995. - 6 (6). - P. 519-521.
7. Geller A.C., Prout M., Sun T. et al. Medical student knowledge, attitudes, skills and practices of cancer prevention and detection // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14. - P. 72-77.
8. Moroz G., Dryzhak V., Galaychuk I. and Dombrovych M. How effective is the teaching of oncology for improving cancer knowledge? // 9th Annual scientific meeting of the European Association for Cancer Education (EACE): Abstracts. - Athens, Greece, 1996. - P. 64.
9. Aliabadi-Wahle S., Madan A.K., Beech D.J. Difference in cancer screening between medical students and residents // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14 (Suppl. 3). - P. 12.
10. Thompson A.R., Savidge M.A., Fulper-Smith M., Strode W. Testing a multimedia module in cancer pain management // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14. - P. 161-163.
11. The Team Approach to Cancer Management. Second UICC Cancer Management Meeting.- Antwerpen, Belgium, 1999. - 64 p.
12. Badellino F., Gipponi M. Flow charts for diagnosis and staging of cancer in developed and developing countries. - Geneva: UICC, 1998. - 266 p.
13. Ashley J., Jeor S.S., Perumean-Chaney S. et al. Transition over three years using a multimedia, computer-based module for educating medical students in cancer and nutrition // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14 (Suppl. 3). - P. 10(5).
14. Fukuchi S.G., Offutt L.A., Sacks J. and Mann B.D. The oncology game: a computer-assisted, interactive board game instructs students, doctors, and nurses in a multidisciplinary approach to cancer therapy // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14 (Suppl. 3). - P. 10(7).
15. Philips B.U., Bowling J.R. What medical students learn about cancer prevention and control using the Internet // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14 (Suppl. 3). - P. 11.
16. Sloan P.A., Johnson M., Plymale M.A. et al. Cancer pain education: the use of a structured clinical instruction module (SCIM) to enhance learning among medical students // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14 (Suppl 3). - P. 20.
17. Ross D.D., Keay T., Timmel D. et al. Required training in hospice and palliative care at the University of Maryland School of Medicine // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14. - P. 132-136.
18. Rushton P. Teaching cancer principles to undergraduate students // *J Nursing Educ.* - 1999. - 38 (6). - P. 77-80.
19. Ryan M., Carlton K.H., Ali N.S. Evaluation of traditional classroom teaching methods versus course delivery via the World Wide Web // *J Nursing Educ.* - 1999. - 38 (6). - P. 272-277.
20. Pierce M. Undergraduate preparation of the oncology nurse // *Oncology Nursing Forum.* - 1992. - 19 (8). - P. 1234-1237.
21. Haagedoorn M., de Vries J. An international cancer education project // *J Cancer Educ.* - 1999. - 14 (Suppl 3). - P. 10(8).
22. Haagedoorn E.M.L., Oldhoff J., Bender W. et al. Essential oncology for health professionals. - Assen, The Netherlands: Van Gorcum, 1994. - 405 p.
23. Galaychuk I.Y. Training of the undergraduates as a cancer care team // Second UICC Cancer Management Meeting "The team approach to cancer management": Abstracts. - Antwerpen, Belgium, 1999. - P. 22.
24. Galaychuk I. Training of Medical Students and Nurses to be Members of Cancer Care Teams // *J. Cancer Educ.* - 2000. - 15. - P. 65-68.

УДК 615.89:61(07)

І АВОЕЕ АІ НА²А І ²ААІ ОІ АЕЕ ОА²А²А Ç АЕУІ Р
І ААЕ×І Т Р І НА²ОІ Р Ç І АІ ОВІ Е²А ОВААЕ²ЕІ Т - (І АДІ АІ Т -)
ОА І АОВААЕ²ЕІ Т -, ААІ ЕІ І І ЕАІ АІ ОАДІ Т -, І ААЕ²ЕІ Е
А.А. Е²а²а²а²а²а²

Дніпропетровський медичний інститут народної медицини

**THE FIRST EXPERIENCE IN TRAINING OF SPECIALISTS HAVING
HIGHER MEDICAL EDUCATION BY THE DIRECTIONS OF TRADITIONAL
(FOLK) AND NONTRADITIONAL OR COMPLEMENTARY MEDICINE**

A.G. Krasovska

Dnipropetrovsk Medical Institute of Folk Medicine

У статті наведений перший досвід підготовки фахівців з вищою медичною освітою з напрямків традиційної (народної) та нетрадиційної, або комплементарної, медицини у Дніпропетровському медичному інституті народної медицини. Наводиться аналіз проблем, шляхи їх подолання та перспективи розвитку цього напрямку у вищій медичній освіті в Україні.

In this article the experience of Dnipropetrovsk Medical Institute of Folk Medicine in the training of specialists having higher medical education by the direction of traditional (folk) and nontraditional or complementary medicine is presented. The article analyzes the problems and some ways to overcome them as well as perspectives in development of this direction within higher medical education in Ukraine.

Вступ. В умовах економічної, екологічної і соціальної кризи недостатня дієздатність національної програми з основ здорового способу життя, надмірне захоплення фармакологічними засобами лікування, недостатнє використання механізмів саногенезу і немедикаментозних засобів профілактики і лікування захворювань, недостатній обсяг знань із цих питань як у лікарів, так і в населення є тими факторами, що сприяють зростанню захворюваності і смертності в Україні [1].

Між тим, дефіцит дешевих вітчизняних ліків на основі природної сировини поряд із зростанням численності дорогих закордонних медикаментів, а головне – зростання побічних явищ та ускладнень при їх застосуванні, призвели до зниження попиту населення на медикаментозні засоби лікування. Поряд із цим, помітно зростає інтерес населення до немедикаментозних і, насамперед, народних методів лікування, багато з яких дійшли до нас з глибини віків і при позитивній оцінці сучасної науки дійсно заслуговують пильної уваги і більш поширеного за-

стосування у практиці охорони здоров'я.

У цих умовах вельми актуальним було створення у 1993 р. спеціального вищого навчального закладу медичного профілю – Дніпропетровського медичного інституту народної медицини (ДМІ НМ). З урахуванням складних економічних обставин в Україні вже 7 років цей заклад на рівні державних вищих навчальних закладів (ВНЗ) здійснює підготовку фахівців з вищою і середньою медичною освітою на госпрозрахункових засадах. Основною метою цього закладу є підготовка медичних кадрів, які володіли б не тільки засобами офіційної медицини, але й добре знали б на традиційній (народній) та нетрадиційній, або комплементарній, медицині.

Доцільність підготовки спеціалістів з різних напрямків комплементарної медицини зумовлена не лише цими причинами, але й недостатністю сімейних лікарів або лікарів загальної практики, що могли б володіти доступними неінвазивними та досить ефективними як із медичної, так і з економічної точки зору, засобами діагностики профілактики та лікування захворювань. Підготовка медичних кадрів, які додатково володіють цими засобами, дає значні

переваги, порівняно з підготовкою медичних кадрів за звичайними програмами, оскільки дозволяє майбутнім фахівцям оволодіти значно більшим обсягом інформації за рахунок додаткового опанування знаннями та практикою комплементарної медицини. Це суттєво підвищує рейтинг лікаря, особливо в умовах ринкової економіки, за яких, як, до речі, і в багатьох країнах закордону, лікар, що володіє додатковими засобами діагностики, профілактики і лікування, може реалізувати свої знання і навички, не направляючи пацієнта на додаткові обстеження або консультації інших спеціалістів, користується більшою популярністю у пацієнтів [2].

Основна частина. Навчання ДМІ НМ проводиться за навчальними планами і програмами Міністерства освіти України, узгодженими з Міністерством охорони здоров'я України. Але, на відміну від державних ВНЗ, у цьому закладі додатково викладаються такі дисципліни, як фіто- та аромотерапія, апітерапія, фармакогнозія, гомеопатія, рефлексотерапія, мануальна терапія, іридодіагностика та інші види традиційної та нетрадиційної діагностики і лікування відповідно до основних напрямків комплементарної медицини [3].

Важливим етапом у підвищенні якості навчання майбутніх лікарів і медичних сестер є отримання державної ліцензії на навчання, а також проходження державної акредитації, у процесі якої ВНЗ такого зразка проходить ряд серйозних міністерських перевірок на відповідність вимогам до державних ВНЗ. ДМІ НМ ще у 1995 р. отримав ліцензію на навчання лікарів за фахом "Лікувальна справа" та "Стоматологія" (№№ 045206 та 045207), а також на навчання медичних сестер за фахом "Сестринська справа" та "Лікувальна справа" (№№ 045208 і 045209).

У 1998 р. ДМІ НМ був акредитований за першим рівнем за спеціальностями "Фельдшер" (№5.110101) та "Сестринська справа" (№5.110102) і отримав відповідні сертифікати: серія НІ-1 №040745 від 10.02.98 р. та серії НІ-1 № 041133 від 07.07.98 р. У 1999 р. ДМІ НМ акредитований вже за третім рівнем – за спеціальностями: "Лікувальна справа" 7.11.0101 (сертифікат серії НІ-ІІІ №044958 від 26.07.99 р.) та "Стоматологія" 7.110106 (сертифікат серія НІ-ІІІ №044959 від 26.07.99 р.).

В умовах ринкової економіки більш доцільним є існування таких ВНЗ у рамках навчаль-

но-науково-виробничих комплексів (ННВК) з державними ВНЗ, як це має місце у ряді країн за кордоном, наприклад у США або Китаї. Такі комплекси допомагають використовувати ВНЗ з недержавним фінансуванням не тільки солідну навчальну, але й фундаментальну клінічну і наукову бази державних ВНЗ, що має велике значення у подальшому розвитку різних напрямків комплементарної медицини взагалі, а також самих ВНЗ як із державним, так і з недержавним фінансуванням.

За допомогою такого комплексу, який було створено між Дніпропетровською державною медичною академією (ДДМА) і ДМІ НМ, незважаючи на економічні труднощі сьогодення, є можливим продовження вивчення та серйозне наукове обґрунтування з позицій сучасної наукової медицини, а також впровадження найбільш перспективних напрямків комплементарної медицини у навчальний процес і практику охорони здоров'я населення України.

Крім того, ННВК, що утворений між ДМІ НМ та ДДМА, сприяє більш досконалому використанню клінічної та науково-виробничої бази ДДМА, а також дозволяє зберегти висококваліфіковані кадри професорсько-викладацького складу державного ВНЗ під час вимушеного скорочення штатів, що має неабияке значення у складних економічних умовах сьогодення.

Таке об'єднання зусиль недержавних і державних ВНЗ з метою розвитку різних напрямків комплементарної медицини дозволяє:

- здійснювати надійний метрологічний контроль за засобами діагностики, профілактики і реабілітації населення України;

- удосконалити існуючі методи скринінгової експрес-діагностики, що дозволяє забезпечити ефективний динамічний контроль за станом здоров'я населення України, особливо в умовах несприятливих факторів довкілля, у тому числі в осіб, що постраждали від наслідків Чорнобильської катастрофи;

- на цій підставі – брати участь у національних програмах із збереження здоров'я народу України з використанням механізмів саногенезу, а також немедикаментозних засобів первинної і вторинної профілактики на основі засобів національної народної та нетрадиційної медицини;

- відкриває перспективу розробки національних лікарських засобів, що сприяють оздоровленню населення та зменшують дію несприятливого

впливу докільця на організм людини, а також продуктів харчування з дієтичними лікувальними та лікувально-профілактичними властивостями.

Лише на базі таких комплексів стає можливим поєднання і використання багатівікового досвіду традиційної медицини та добре оснащеної сучасним науковим обладнанням клінічної бази державних ВНЗ для створення на цій основі спеціалізованих науково-практичних центрів або клінік. На базі таких центрів та клінік комплементарної медицини стає можливим не тільки більш глибоке вивчення досвіду традиційної народної і нетрадиційної медицини, а також здійснення допомоги населенню з використанням різних її напрямків (фіто-, аромо-, апітерапії, гомеопатії, рефлексотерапії, мануальної медицини тощо), але й підготовка медичних кадрів у напрямку традиційної та нетрадиційної медицини.

На заняттях у ДМІ НМ студенти пізнають, що на відміну від офіційної, традиційна медицина – медицина, яка виникла з традицій народу, тобто у повному розумінні вона є народною медициною, що формувалася і перевірялася віками. Такі основні її напрямки, як фіто-, апі-, глинотерапія, мануальна терапія, голкота моксиотерапія тощо, ввібрали у себе досвід багатьох тисяч народних лікарів і не мають конкретного автора.

Порівняно з офіційною медициною, яка використовує не тільки національний, але й світовий досвід, традиційна медицина має досить чіткі характерні національні риси, які зумовлені територіальними, кліматичними, етнічними та релігійними звичаями конкретного народу, наприклад слов'янського, китайського, індійського, тибетського, японського тощо.

Розвиток традиційної української народної медицини відбувався на підставі спостережень над природою і, насамперед, – на основі практики. Так вона збагачувалася і передавалася із покоління в покоління. У міру нагромадження практичного досвіду утворювались певні групи осіб, для яких лікування було основним заняттям, професією. У Київській Русі такий професійний прошарок був представлений волхвами, відунами, знахарями, костоправами, у практиці яких, крім власних здібностей, використовувались, насамперед, лікарські рослини, елементи тваринних організмів, глина, мінерали тощо.

Нетрадиційна медицина виникла порівняно недавно на базі офіційної медицини або на базі народної і має конкретного автора, наприклад гомеопатія, засновником якої є Самюель Ганеман [4].

Викладання цих дисциплін проводиться у певному порядку за наскрізною програмою: на першому курсі студенти знайомляться з основами біоритмології, на другому – з біоенергоінформомедициною, на третьому – з основами фітотерапії та фармакогнозії, на четвертому – з основами гомеопатії, на п'ятому та шостому – з основами рефлексодіагностики та рефлексотерапії, а також іридодіагностики та іридотерапії, на шостому – вивчають основи мануальної терапії (таблиця 1,2).

Викладання цих дисциплін тісно пов'язане з базовими, фундаментальними та клінічними дисциплінами [5]. Наприклад, викладання основ рефлексодіагностики та рефлексотерапії суттєво пов'язане з такими дисциплінами, як філософія, медична біофізика, нормальна анатомія, біохімія, гістологія, нормальна фізіологія, патологічна фізіологія, оперативна хірургія з топографічною анатомією, внутрішні, нервові, шкіряні хвороби, ендокринологія тощо [6].

Так на основі філософії студенти повинні розуміти і вміти пояснити фундаментальні закони східної медицини “інь-янь” та концепцію “у-син”; на основі медбіофізики – розуміти і вміти пояснити з позицій сучасної фізики і, насамперед, на базі теорії фізичного вакууму, механізм виникнення енергетичного потенціалу в організмі людини, природу біологічної енергії та механізм дії голковколуювання; на основі нормальної анатомії – вміти правильно знаходити біологічно активні точки відповідно до їх анатомічного розташування, розрізняти інь-янь органи та частини тіла, які відіграють роль системи відповідностей органам та організму в цілому для проведення регіональної діагностики, передбачати ушкодження важливих судин, нервів, суглобів та заходи їх запобігання.

На основі біоенергоінформатики – розуміти і вміти пояснити модель трирівневої будови енергетичної системи людини, механізм протікання енергії по 12 парних та 8 чудових меридіанах, розумітися на характерних властивостях енергії в організмі людини, вміти пов'язувати зміни в стані організму людини із змінами енергії навколишнього середовища.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Таблиця 1. Перелік та структура викладання валеології, традиційної та нетрадиційної медицини у Дніпропетровському медичному інституті народної медицини за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа”

№ за/п	Назва дисциплін	Всього годин	Лекції	Практ. заняття	С.р.	I курс		II курс		III курс		IV курс		V курс		VI курс		Форма контр.	
						1с.	2с.	3с.	4с.	5с.	6с.	7с.	8с.	9с.	10с.	11с.	12с.		
1.	Біоритмологія	72	36	18	18	1/0	1/1												Д. залік
2.	Біоенергоінформ.	54	18	18	18			1/1											Д. залік
3.	Фармакогнозія	54	-	36	18			0/2											Д. залік
4.	Фітотерапія	162	36	72	54					1/0	1/2								Іспит
5.	Гомеопатія	162	36	72	54							1/1	1/1			0/2			Іспит
6.	Рефлексотерапія	162	36	72	54											0/2			Іспит
7.	Мануальна терапія	144	36	54	54									1/1	1/1	0/2			Д. залік
8.	Нетрадиційна діагностика	54	18	18	18											1/1	1/2		Д. залік
9.	Традиційні оздоровчі системи	54	-	36	18	0/0,25	-/2,5	-/0,25	-/0,25	-/0,25	-/0,25				1/1				Д. залік
		918	216	396	306	1,25	4,5	2,25	2,25	1,25	3,25	2	2	-	4	8	5		

Таблиця 2. Перелік та структура викладання валеології, традиційної та нетрадиційної медицини у Дніпропетровському медичному інституті народної медицини за спеціальністю 7.110106 “Стоматологія”

№ за/п	Назва дисциплін	Всього годин	Лекції	Практ. заняття	С.р.	I курс		II курс		III курс		IV курс		V курс		Форма контр.			
						1с.	2с.	3с.	4с.	5с.	6с.	7с.	8с.	9с.	10с.				
1.	Біоритмологія	54	18	18	18	1/1											Д. залік		
2.	Біоенергоінформ.	36	18	-	18		1/0											Д. залік	
3.	Фармакогнозія	54	-	36	18			0/2										Д. залік	
4.	Фітотерапія	90	18	36	36				1/1	0/1								Іспит	
5.	Гомеопатія	90	18	36	36						1/1	0/1						Іспит	
6.	Рефлексотерапія	126	36	36	54								1/1	1/1				Іспит	
7.	Нетрадиційна діагностика	54	18	18	18													Д. залік	
8.	Традиційні оздоровчі системи	54	-	36	18	-/0,25	-/0,25	-/0,25	-/0,25										Д. залік
		558	216	216	216	2,25	1,25	2,25	2,25	1	2	1	2	2					

На основі біохімії – вміти пояснити зміни біохімічних процесів, що виникають у клітинах тканин, органів при різноманітних патологічних станах; на основі гістології – розуміти, що являє собою біологічно активна точка з точки

зору гістології та захисну роль шкіри від зовнішнього впливу на організм.

На основі нормальної фізіології – вміти розуміти і пояснити характерні електрофізіологічні властивості біологічно активних точок

у здоровому організмі; на основі патологічної фізіології – розуміти характерні зміни біологічно активних точок на патологічних етапах і прогнозувати перебіг патологічного процесу.

На основі оперативної хірургії та топографічної анатомії – знати і вміти пояснити хід інформаційних каналів, розташування біологічно активних точок відносно топографії органів, глибину голковколуювання, можливості припалювання та вибору інших рефлексодій на ту чи іншу ділянку тіла.

На основі внутрішніх хвороб – вміти інтегрувати традиційний підхід до патогенезу, етіології та клінічних проявів при патологічних станах; на основі знання нервових хвороб – розуміти зв'язки поверхні шкіри, частин тіла, внутрішніх органів з відділами нервової системи, розуміти механізм дії рефлексотерапії з точки зору сучасної нейрофізіології, пояснити рефлексотерапевтичні зв'язки (активуючі, деструктивні тощо) між поверхнею шкіри, частинами тіла, внутрішніх органів та відділами нервової системи; на основі знання ендокринології – розуміти місце ендокринної системи в біоінформаційній конституції та рівні впливу на гомеостаз; на основі знання шкірних хвороб – розуміти зв'язки між шкірою та внутрішніми органами, уміти співвідносити ураження шкіри та порушення функції внутрішніх органів в біоенергоінформаційній системі “у-син”.

При викладанні практичного курсу рефлексотерапії, поряд із розвитком діагностичних та лікуально-профілактичних навичок у студентів на конкретних прикладах, приділяємо увагу розбору причинно-наслідкових зв'язків цього конче потрібному розділу клінічної роботи, що не тільки удосконалює навчальний процес, поглиблює клінічне мислення студентів, але й позитивно відбивається на їх вихованні як майбутніх лікарів та особистостей. Студенти навчаються розумінню тісного зв'язку стану здоров'я людини з її емоційною і ментальною діяльністю. Це дуже добре може бути проілюстровано під час клінічного огляду пацієнта, коли студент за допомогою та під контролем викладача намагається розібратися в причинно-наслідкових зв'язках між емоційною та ментальною діяльністю пацієнта, а також проаналізувати стан його здоров'я.

Так, наприклад, під час такого розбору з'ясується, що у пацієнта з патологією жовчно-

го міхура має місце вибуховий характер та неврівноважена поведінка, періодичні сутички та суперечки з людьми, які його оточують, тобто ознаки нерівноваги енергії ян вітру. У пацієнта з патологією печінки така поведінка набуває не спорадичного, а постійного характеру: пацієнт стає дратівливим, гнівливим, незгідливим, тобто набуває ознак нерівноваги енергії інь вітру. Роз'яснення необхідності зміни емоційної та ментальної поведінки у комбінації з голко-, моксиотерапією швидко сприяє поліпшенню клінічної картини захворювання, що дуже позитивно позначається не тільки на пацієнтах, але й на студентах, які спостерігають зміни клінічного перебігу захворювання та поведінки пацієнтів під час навчання на практичному циклі рефлексотерапії.

Викладання такої дисципліни, як, наприклад, фітотерапія, що є однією з фундаментальних дисциплін традиційної медицини, базується на багатовіковому досвіді українського народу, традиційних знаннях багатьох поколінь [7,8]. При викладанні фітотерапії студенти переконуються, що народні назви рослин дуже точно передають їх лікувальні властивості. У процесі навчання студенти знайомляться також з різноманітністю та оригінальністю рецептів народної медицини. Крім стандартних водяних відварів, напарів та настоїв, національна фітотерапія використовує відвари на молоці, сироватці, горілці, вині, меду, оцті. З точки зору сучасної науки, такі рецепти не позбавлені раціонального змісту, тому доцільність їх очевидна. Значний інтерес становлять народні назви хвороб, бо вони є цінним матеріалом для вивчення, насамперед, світогляду українського народу, його погляду на хвороби та причини їх виникнення. Вражає також і сам процес лікування з використанням таких характерних його особливостей, як “шептанья”, “замовляння”, молитви. Цей елемент народної медицини становить значний інтерес для майбутніх лікарів. Лікувальна дія слова, його благодіючий вплив на організм людини відомі з глибокої давнини і є своєрідною духовною терапією. Дуже добре ілюструють такі зв'язки унікальні авторські рецепти на основі лікарських рослин українського лікаря-фітотерапевта Євгена Товстухи, з якими студенти знайомляться під час практичних занять [9].

Із літературних джерел (Зоріана Болтарович, 1990-1994 рр. та ін.) студенти знайомляться

з традиціями народної медицини, які пов'язані з монастирями, дізнаються про знамениті гори цілющих зел при Лаврському, Трахтемирівському, Межигірському монастирях, згадка про які дійшла до нас ще з великокнязівської доби. Особливий інтерес студенти проявляють до Самарського Пустинно-Миколаївського монастиря, який знаходився в Самарській паланці (нині Новомосковськ, Дніпропетровської області), а також до Кодацької (нині селище Кодаки) та Кальміуської паланки (нині м. Павлоград), що теж відноситься до Дніпропетровської області.

Такому інтересу сприяють експедиційні поїздки студентів разом із викладачами на практику з фітотерапії до цих славнозвісних місць, під час проведення яких студенти безпосередньо у полі знайомляться з такими природними кровоспинними засобами, як грицики, деревій, водяний перець, з такими температурознижувальними рослинами, як кора верби і тополі (використовують у вигляді відварів), квітів череди, липового цвіту, ягід, гілок і коріння малини тощо. Таким чином, викладання фітотерапії у цьому напрямку відіграє певну роль у вихованні у майбутнього лікаря прагнення до відродження духовних цінностей, пізнання отчих звичаїв і

традицій національних надбань духовної культури та традиційної (народної) медицини.

Перший досвід випусків лікарів з додатковими знаннями традиційної та нетрадиційної медицини свідчить, що в умовах сьогодення лікарі загальної практики, які володіють простими, доступними та неінвазивними засобами діагностики, профілактики та лікування, найбільше потрібні насамперед у сільських районах, де ще недостатня забезпеченість спеціалістами, апаратурою та медикаментами. Певний запит на таких лікарів з багатофункціональними навичками може бути також і у приватних клініках.

Висновок. Таким чином, перший досвід підготовки спеціалістів з вищою медичною освітою на базі ВНЗ з недержавним фінансуванням за напрямками традиційної та нетрадиційної медицини свідчить про необхідність щільного комплексування з державними ВНЗ, принаймні на першому етапі становлення, поряд з розвитком власної матеріальної, навчальної, наукової та клінічної бази, з метою поглибленого вивчення та наукового обґрунтування багатотисячового досвіду народної та нетрадиційної медицини, а також удосконалення педагогічної майстерності при викладанні цих дисциплін у набутті певних практичних навичок у майбутніх лікарів.

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
2. Голяченко О.М., Романюк Л.М., Смірнова В.Л. Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тези до науково-методичної конференції. – Тернопіль, 1999. – С. 20-21.
3. Абрамов В.В., Бойко О.В., Дукач Л.М. Досвід та проблеми викладання сучасних основ нетрадиційної і народної медицини у вищих медичних закладах освіти // Тези до науково-методичної конференції. – Тернопіль, 1999. – С. 272-273.
4. Кривошея Л.М. Особливості викладання курсу гомеопатії на стоматологічному факультеті // Тези до науково-методичної конференції. – Тернопіль, 1999. – С. 341-342.

5. Зленко О.Г., Абрамов В.В., Красовська А.Г. Міждисциплінарна інтеграція викладання елементів нетрадиційної медицини в теоретичних курсах // Тези до науково-методичної конференції. – Тернопіль, 1999. – С. 452-453.

6. Красовська А.Г., Євтушенко Т.В. Інтеграція викладання основ рефлексотерапії у вищому навчальному закладі медичної освіти з додатковим вивченням традиційної та нетрадиційної медицини // Тези до науково-методичної конференції. – Тернопіль, 1999. – С. 456-457.

7. Болтарович З.Є. Народна медицина українців. – К.: Наукова думка, 1990. – 232 с.

8. Болтарович З.Є. Українська народна медицина: історія і практика. – К.: Абрис, 1994. – 320 с.

9. Товстуха Є.С. Українська народна медицина. – К.: Техніка, 1999. – 456 с.

ΟΑΘΙ ΑΕΤ ΟΑΘΑΙ ²Β Γ ΑΑ²ΑΕΕΑΑΙ ΕΘ ΝΟΑΙ ²Α ΒΕ Γ ΑΑ²Α'α Γ Α
ΝΕΕΑΑΙ ΑΑ ΑΕΕΕΑΑΑΙ Γ Β ΟΑΘΙ ΑΕΤ ΕΤ Α²- Ο Γ ΑΑΕ×Γ Γ Γ Ο Α Γ Σ
Γ . Γ . ΝεαεοΓ

Ternopil'ska derzhavna medychna akademiya im. I.Ya. Horbachev'skygo

**PHARMACOTHERAPY OF URGENT STATES AS INTEGRAL
COMPOUND OF PHARMACOLOGY TEACHING IN MEDICAL HIGHER
SCHOOL**

N.P. Skakun

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Включення основ фармакотерапії невідкладних станів у програму вивчення фармакології у медичному ВНЗ сприяє оптимальній адаптації студентів до майбутньої фахової діяльності, формуванню у них клінічного мислення та вміння вибирати з арсеналу сучасних лікарських засобів ті препарати, які необхідні для створення індивідуальної програми високоефективного і безпечного лікування. Необхідна інформація, що сприяє опануванню цих важливих питань, викладена в навчальному посібнику М.П.Скакуна і співавторів. “Невідкладні стани в терапевтичній практиці”.

The inclusion of bases of urgent states pharmacotherapy in to the program of pharmacology study in medical higher school promotes optimum adaptation of the students to the future professional activity, formation their clinical thinking and skill to choose from an arsenal of modern medicinal agents, those preparations which are necessary for creation of the individual circuit of highly effective and safe treatment. The necessary information, promoting mastering of these important questions, is covered in the manual by N.P. Skakun and co-authors “Urgent states in therapeutic practice”.

Вступ. Упродовж багатьох десятиліть фармакологія як предмет у медичних навчальних закладах існувала як суто експериментальна дисципліна. Її розглядали як спеціальний розділ фізіології, який вивчає вплив хімічних агентів на живий організм. На лекціях і практичних заняттях проводилось багато дослідів на експериментальних тваринах лише для того, щоб переконатися, що адреналін звужує судини, пілокарпін – зніщує, а атропін гальмує моторику кишківника. Причому вважалося за доцільне проведення таких експериментів кожним студентом. У результаті втрачалося багато часу, зусиль і фінансів для отримання елементарної інформації з фармакології і токсичної дії лікарських засобів. Крім цього, отримана таким чином інформація не наближала фармакологію до фармакотерапії. Між тим, більш як сто років тому І.П. Павлов підкреслював, що “...фармакологія як медичинська доктрина, як видно с першого взгляда, конечно, – вещь чрезвычайно важная. Вообще рассуждая, отвлекаясь от частных случаев, нужно признать, что

первый прием лечения по универсальности его есть введение веществ в человеческий организм. Ведь какой бы случай ни был, даже акушерский, хирургический, почти никогда не обходится без того, чтобы вместе со специальными приемами не были введены в организм вещества. Точное изучение этого универсального орудия врача имеет громадное значение”. А далі він писав: “На огромной территории медицинского знания фармакология представляется, можно сказать, пограничной отраслью, где происходит особенно оживленный обмен услуг между естественно-научной основой медицины, физиологией, и специально медицинским знанием – терапией”.

Виходячи з цього визначення, спираючись також на той факт, що застосування ліків при будь-якому патологічному стані проводиться у наш час надзвичайно широко, слід підкреслити, що фармакологія давно переросла вузькі рамки, окреслені для неї на початку її зародження, і перетворилась на самостійну потужну гілку медичної науки.

Враховуючи універсальність фармакологічної інформації, абсолютно необхідної кожно-

му лікарю в процесі лікування хворих, великий об'єм арсеналу препаратів, що може бути застосований у тій чи іншій клінічній ситуації, викладання фармакології у медичному закладі повинно передбачати і практичну сторону справи, тобто включати основи фармакотерапії, йти в ногу із сучасною концепцією лікування. А ця концепція проголошує: кожному хворому – індивідуальну програму високоефективного і безпечного лікування. Сучасні досягнення медицини тепер уже категорично заперечують застарілу концепцію стандартного лікування будь-яких захворювань.

Основна частина. На наш погляд, у курс сучасної фармакології слід включати основи фармакогенетики, хронофармакології, фармакотерапії, причому в значно більшому обсязі, ніж це передбачається існуючою програмою. Крім того, студентів необхідно ознайомлювати з принципами створення індивідуальних програм високоефективного і безпечного лікування.

Тому в навчальні плани кафедри фармакології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського нами введений комплекс завдань із фармакотерапії, зокрема з аналізу невідкладних станів, які часто зустрічаються в терапевтичній практиці, особливо в діяльності дільничних і сімейних лікарів. До цієї категорії захворювань ми звернулись тому, що вони перебігають важко, залишаючись однією із основних причин високої інвалідизації і летальності. Зокрема, перед кожним студентом ставиться завдання провести клінічний аналіз короткої виписки з історії відповідного невідкладного стану хворого, виявити причинний фактор і найбільш небезпечні прояви захворювання. Потім, керуючись даною інформацією і фармакологією лікарських засобів, студент повинен спробувати створити програму надання медичної допомоги хворому і науково обґрунтувати її.

Для регламентації активної роботи студентів і максимального наближення фармакології до їх майбутньої професії нами створений навчальний посібник “Невідкладні стани в терапевтичній практиці” [3], який успішно апробований у двох попередніх виданнях під назвою “Фармакотерапія невідкладних станів” [1, 2].

Основним принципом, який закладено у цей навчальний посібник, є єдність етіопатогенезу захворювання і його медикаментозного лікуван-

ня в поєднанні з реанімаційними заходами. Для реалізації цього принципу до посібника включено достатній обсяг інформації, причому конкретно, відповідно до поставленої мети. Це і дані про лікарські препарати, їх дози і раціональне поєднання, і що, на наш погляд, особливо важливо, до самої клінічної ситуації, її найбільш типових форм і варіантів. Описані вони коротко, але містять обсяг даних, достатніх для чіткої уяви про стан хворого і встановлення діагнозу без потреби в додаткових лабораторних чи інших обстеженнях. Уводячи в цей навчальний посібник клінічну ситуацію як педагогічний прийом, ми прагнули до того, щоб за відсутності реального хворого в умовах практичного заняття на теоретичній кафедрі студенту можна було чітко уявити собі конкретну клінічну ситуацію, проаналізувати стан хворого, прогноз невідкладного стану і здійснити необхідні призначення. Саме тому у навчальний посібник вводимо детальний аналіз подібних ситуацій, що потребує від студента творчого підходу для оптимального вирішення питання про створення не абстрактної схеми фармакотерапії вказаних станів, а суто індивідуальної, науково обґрунтованої програми лікування.

Згідно із нашими вимогами, вивчення основ фармакотерапії у вигляді аналізу невідкладних станів проводиться студентами в домашніх умовах як завершальний етап вивчення відповідної теми фармакології лікарських засобів. На практичних заняттях проводиться лише контроль за правильністю наукового обґрунтування створених студентами програм лікування, як і обговорення можливих альтернативних варіантів.

Так, при вивченні фармакології адреноміметичних лікарських засобів студентам надається можливість ознайомитись з декількома варіантами перебігу гострої судинної недостатності (залежно від етіологічного фактора і стану хворих). Після цього вони зобов'язані скласти програму невідкладної допомоги хворим у кожному випадку і науково обґрунтувати доцільність використання тих чи інших лікарських засобів чи реанімаційних заходів.

У процесі знайомства з розділом посібника “Етіопатогенез і клініка гострої судинної недостатності” студенти переконуються, по-перше, в різноманітності етіологічних факторів цього патологічного стану, по-друге, в існу-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

ванні двох основних його форм (колапс і непритомність). Крім того, що також дуже важливо, вони впевнюються в тому, що провідними патогенетичними ланками гострої судинної недостатності є зменшення тонуусу кровоносних судин (з ознаками циркуляторної гіпоксії головного мозку, пригнічення життєво важливих функцій, порушення обміну речовин), а також зменшення об'єму циркулюючої крові.

Відповідно до цього, в програму надання невідкладної допомоги при колапсі необхідно включити: а) препарати, які зменшують, краще повністю усувають, етіологічний фактор (етіотропне лікування); б) лікарські засоби, які підвищують тонуус кровоносних судин; в) препарати, які збільшують кількість циркулюючої крові (патогенетичне лікування); г) інші засоби, які також необхідно використати в конкретній ситуації – оксигенотерапію; препарати, що ліквідують ацидоз тощо (симптоматичне лікування).

Атестацію знань і вмінь набутих у процесі самостійного вивчення етіопатогенезу, клініки,

діагностики і фармакотерапії невідкладних станів ми проводимо під час проведення практичних занять. Формами її є захист своєї програми індивідуального високоефективного і безпечного лікування і наукове обґрунтування призначення лікарських препаратів у поєднанні з реанімаційними заходами. Крім того, у вигляді окремого завдання невідкладні стани вводяться в індивідуальні програми підсумкових занять, виступи на засіданнях студентського гуртка і конференції, а також на екзаменах у вигляді окремого питання.

Висновок. Наш майже 10-літній досвід використання невідкладних станів у навчальному процесі для вивчення основ фармакотерапії в курсі фармакології виявився позитивним. Цікавість студентів до фармакології зростає. Вони переконуються в тому, що в наш час фармакологія – це мистецтво розумного використання ліків для профілактики і лікування хворих, можливість дарувати людям нерідко багато років активного життя.

Література

1. Скакун М.П., Охримович Л.М. Фармакотерапія невідкладних станів. – Тернопіль, 1992. – 183 с.
2. Скакун М.П., Охримович Л.М. Фармакотера-

- пія невідкладних станів. – Тернопіль, 1993. – 244 с.
3. Скакун М.П., Охримович Л.М., Білик Л.С. Невідкладні стани в терапевтичній практиці. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 344 с.

УДК 618:614.253(07.07)

І ЕОАІ Г В ААТ Г ОІ ЕТ А²- І ДЕ І ²ААТ ОІ АО² НОАТ ДАЕІ АОІ Д²А Г А
ОЕЕЕ² " АЕОАДНОАТ ОА А²І АЕТ ЕТ А²В" ЕАОАДЕ
І Т Е²ЕЕ²І ²×І Т - НІ ДААЕ

І .І . Аі ді і оі а, А.А. Аі Цей нїеее, І .А. І еоаееа+еі , А.В. Сабааоді ее
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**QUESTIONS OF A DEONTOLOGY IN MAJOR STUDENT'S
PREPARATION ON A CYCLE "OBSTETRICAL AND GYNECOLOGY" OF
THE POLYCLINICAL SCIENCE FACULTY**

A.A. Vorontsov, V.B. Goshchinsky, N.V. Mihajlechko, G.Ja. Servetnik
The Ternopol medical academy by I.Ya. Gorbachevskiy

Засвоєння деонтологічних особливостей амбулаторної допомоги жінкам є важливим компонентом роботи субординаторів на циклі акушерства та гінекології. Ефективність цієї роботи залежить не тільки від прагнення студента або зусиль викладача кафедри. Співпраця з дільничними лікарями жіночої консультації та її аналіз дає підстави для критичної оцінки окремих положень законодавчої бази, успадкованої з часів СРСР.

The learning of an ambulatory care deontological features to the women is the important component of major student's work on an obstetrics and gynecology cycle. The efficacy of this work depends not only on desire of the student or faculty teacher efforts. Cooperation with the local doctors of a maternity welfare centre and it's analysis gives the establishments for a critical evaluation of legislative base separate positions inherited from USSR's times.

Вступ. Завдання пріоритетної підготовки лікарів загальної практики (сімейних лікарів) вимагає повернутися на циклі "Акушерство та гінекологія" кафедри поліклінічної справи до деяких загальних питань медичної допомоги. Деонтологічні аспекти амбулаторної роботи з пацієнтами жіночої статі є одним із питань, необхідність вивчення яких не залежить від можливої подальшої спеціалізації субординаторів. Вважають, що для справжніх лікарів медицина – більше, ніж професія – це спосіб життя, а деонтологію слід не просто знати – нею потрібно жити [1,2], однак студентам-субординаторам деонтологію, для початку, слід просто знати.

Основна частина. Надання акушерсько-гінекологічної допомоги передбачає, перш за все, з'ясування анамнестичної інформації, яка стосується специфічних біологічних функцій жіночого організму. Знання особливостей менструальної, статевої та репродуктивної функцій пацієнтки складають підґрунтя для уважного об'єктивного обстеження не тільки гінекологом,

але й лікарем загальної практики. Можна вилікувати, наприклад, пневмонію, не викликаючи на консультацію гінеколога, не запитуючи про менструальний цикл і не уточнюючи, коли був останній коїтус та який метод контрацепції застосовувався. Можна обмежити себе інформацією – "незаміжня". Згодом, іншому лікарю вагітна розповість, як напередодні весілля в неї була затримка менструації, як вона лікувалась від пневмонії. Цього анамнезу вистачить для пояснення ймовірної причини викидня, що почався, або причини аномалії розвитку плода.

Розпитування є обов'язковим методом під час прийому хворої або при індивідуальному онкопрофілактичному огляді. Не володіючи відповідною медичною термінологією, жінки інколи не спроможні чітко сформулювати навіть свої скарги, та лікар вчасно приходить на допомогу. Запитання, що торкаються інтимної сторони життя людини, повинні бути зрозумілі, їх логіка, побудова та послідовність певним чином віддзеркалюють професіоналізм лікаря, його особисте розуміння деонтології. Субординатори, які працюють на прийомі в жіночій консультації, мають можливість спостерігати професійне спілкування з жінками,

© О.О. Воронцов, В.Б. Гоцинський, Н.В. Михайлечко, Г.Я. Серветник, 2001

сприймаючи поведінку лікаря як зразок. Техніку опитування, на відміну від прихованої аналітичної роботи лікарської думки щодо тлумачення отриманої інформації, швидко починають наслідувати студенти. Не важко прогнозувати якість навиків, що отримує субординатор, коли лікар, повернувшись з'ясувавши скарги та дату останньої менструації, враз переходить до спеціального дослідження. В окремих випадках можна знайти прийнятне пояснення довільного спрощення схеми опитування. Припустимо, дільничний лікар не вперше приймає дану хвору і добре пам'ятає анамнез. У такому разі від субординатора вимагається певна активність або потрібне тактовне втручання викладача, який з дозволу дільничного лікаря пропонує студенту уточнити для себе особливості анамнезу. Отже, серед деонтологічних аспектів підготовки субординаторів в умовах жіночої консультації слід відзначити не тільки взаємовідносини між лікарем та пацієнткою, але також стосунки між викладачем кафедри, дільничним лікарем, студентом та дільничною акушеркою. Провідна роль у цих стосунках належить викладачеві. Присутність студентів VI курсу в кабінетах та постійний контроль за їх роботою з боку працівника кафедри поліклінічної справи складає повсякденні умови роботи лікарів жіночої консультації. Не секрет, що дехто з дільничних лікарів, особливо молодих, не дуже впевнених у собі, сприймають присутність субординатора та викладача під час прийому не як співпрацю, а щось на зразок "відкритого заняття" і помітно нервують. Причини зайвого психоемоційного напруження не важко дослідити. Працівнику кафедри потрібно знати та враховувати професійні та, бажано, індивідуальні особистості лікарів кожної зміни в жіночій консультації, бути в курсі виробничих проблем колективу, в якому працюють субординатори. Взагалі, клінічним є заклад, в якому все підпорядковано потребам хворого та студента [2]. Звичайно, недопустимими є зауваження або критичні коментарі щодо дій лікаря під час надання амбулаторної допомоги жінкам.

Робочий день субординатора поділяється на години прийому та семінарське заняття, згідно з тематичним планом. Проте практична робота щодня дає підстави для обговорення конкретних повчальних випадків, що сто-

суються лікувально-профілактичної діяльності амбулаторної ланки системи охорони здоров'я. На жаль, доводиться звертати увагу не тільки на приклади зразкового вирішення професійних завдань. Навіть досвідчені лікарі дуже часто не помічають за собою порушень, недопустимих з точки зору деонтології. Маємо на увазі одночасну присутність в кабінетах двох і навіть трьох пацієнток: одна жінка оглядається лікарем, з іншою працює акушерка, третя чекає своєї черги або супроводжує одну з попередніх, спостерігає. Неможливість даної "практики" є аксіомою, і в літературі навіть не обговорюється [1-7], проте інколи здається, що всі звикли і згідні з нею, нібито походить вона з відомої думки про те, що в амбулаторних умовах лікар повинен за невеликий проміжок часу з'ясувати стан здоров'я людини, зробити діагностичні, лікувальні або профілактичні призначення, визначити тактику подальшого спостереження. Щодо функціональних обов'язків дільничного гінеколога, то вони, крім усього, передбачають роботу з профілактики абортів, отже, вимагають ретельного вивчення анамнезу кожної жінки, репродуктивного віку, про що було сказано на початку. Можна довести абсурдність цейтноту, який штучно створений для лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів, охоплюючи жіночі консультації, і який уже багато разів критикувався [7]. В Україні зберігає чинність додаток №59 до наказу МОЗ СРСР №1000 від 28.12.1981 року "Про розрахункові норми з обслуговування населення для лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів" [8]. З метою раціонального використання робочого часу лікарям "пропонується" планувати прийом п'яти хворих за годину (одну хвору за 12 хвилин) або 8 онкопрофілактичних оглядів (один огляд за 8 хвилин). Сьогодні лікарі продовжують виконувати цей наказ, утверджуючи старі пріоритети кількісних показників над якісними – 25 пацієнтів за 6 годин прийому. Звертаючись до дільничного лікаря з будь-якої причини, жінки навіть не уявляють, на яку "увагу" можуть розраховувати, згідно з наказом від 1981 року. Крім деонтологічних аспектів, даний наказ прямо суперечить іншому, який, власне, і доводить абсурдність документа №1000. Після огляду кожної жінки на кушетці або на гінекологічному кріслі дане медичне обладнання потребує двократної об-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

робки (протирання) антисептиками з інтервалом 15 хвилин та наступним терміном впливу до 60 хвилин (наказ № 691 від 28.12.1989 року “О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерско-гинекологических стационарах”). Можна і надалі демонструвати особисте розуміння деонтології, не помічати очевидних казусів, що успадковано з часів СРСР. Ми вважаємо, що позиція фахівців повинна бути іншою, активною, принаймні, з боку тих, хто є відповідальним за прийняття офіційних рішень.

Література

1. Грандо А.А., Грандо С.А. Врачебная этика. – Киев: РИА “Триумф”, 1994. – 255 с.
2. Шантуров А.Г. О нравственном и деонтологическом воспитании студентов и врачей на клинической кафедре медицинского института. – Иркутск, 1982. – 32с.
3. Пелешук А.П., Мусієнко Л.П. Етика. Взаємовідносини лікаря та хворого. – Київ: Здоров’я, 1993. – 89 с.

Висновки. Напередодні очікуваних змін у системі охорони здоров’я в Україні, коли вже визначено пріоритетні напрямки для наближення кваліфікованої, якісної медичної допомоги до населення, коли не тільки аналізується власний, але й вивчається досвід розвинутих держав, викладачі та випускники медичних закладів, практичні лікарі, середній медичний персонал та пацієнти сподіваються на появу нової законодавчої бази, на основі якої набудуть свого розвитку і цивілізованості взаємостосунки між усіма зацікавленими сторонами.

4. Петленко В.П., Шамов И.А. Мудрость взаимности. – Л.: Лениздат, 1989. – 222 с.
5. Сук И.С. Врачебная тайна. – Киев: Здоров’я, 1981. – 39 с.
6. Сук И.С. Врач как личность. – М.: Медицина, 1984. – 64 с.
7. Угрюмов Б.Л. О врачебном долге. – Київ: Здоров’я, 1987. – 164 с.
8. Про Охорону здоров’я // Основи законодавства України №2801-ХП від 19.11.92.

УДК 61-053.2(075)(09)

ΛΟΑΙ Ε ΝΟΑΙ Τ ΑΕΑΙ Γ Β ΟΕΒΑ-Γ ΝΥΕΕΘ Ι ²ΑΒΟ×Γ ΕΕ²Α
Ϛ Ι ΑΑ²ΑΘΘ²-

².Ι . Ι τ θτ Ϛ, Γ .Α. ΟϚι à, ².Γ . Αα³δϚι , Γ .Α. Ααί àèèàà,
Α.Α. Ι àèèèøèι , Α.Γ . Νèι èöüèà, Ε.Α. Αί èϚι ñüèà, Ν.Ν. Εάαί àöü,
Α.Α. Νòàöáι èι , Ε.². Αè°èñ°οι èι

Ternopil'ska derzhavna medychna akademiya im. I.Ya. Horbachevskygo

THE STAGES OF FORMATION OF UKRAINIAN TEXTBOOKS IN
PEDIATRICS

I.M. Moroz, N.A. Tsyapa, I.O. Bagiryana, N.V. Banadyga,
G.A. Pavlyshyn, V.O. Synytska, L.A. Volyanska, S.S. Levenets,
V.V. Stetsenko, L.I. Alekseenko

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Простежуються етапи формування вітчизняної бази підручників та посібників із педіатрії, відмічається робота кафедри педіатрії ТДМА ім. І.Я. Горбачевського з написання підручників, посібників і методичних матеріалів.

There were described the stages of formation of Ukrainian source of pediatric textbooks with analysis of their merits and demerits. It was shown the experience of pediatrics chair of Ternopil State Medical Academy in creation of textbooks, manuals and other methodical materials.

Вступ. В умовах становлення української держави підготовка фахівців високого рівня неможлива без реформ у галузі медичної освіти. Сьогодення вимагає широкого використання новітніх інформаційних технологій у процесі здобуття знань. Але незважаючи на це, поки що важко уявити собі студента без обов'язкового атрибута навчання – підручника.

Ще 10-15 років тому, вивчаючи педіатрію, користувалися двома підручниками: “Детские болезни” – за редакцією П.М. Гудзенка (1984 року видання) та “Детские болезни” – за редакцією Л.А. Ісаєвої (1986 року видання) [3,4].

Перший із них, написаний колективом провідних українських педіатрів на чолі з професором П.М. Гудзенком і виданий київським видавництвом “Вища школа”, побачив світ у 1973 році. Підручник охоплював майже всі розділи педіатрії, матеріал був викладений цікаво, доступно і на достатньому науковому на той час рівні. Завдяки цьому він перевидавався ще двічі (1975 і 1984 рр.). Одним із важливих недоліків

цього підручника, на нашу думку, була відсутність на його сторінках розділу пропедевтики дитячих захворювань. Інформацію щодо анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, вигодовування немовлят та ін. студенти змушені були отримувати з підручників, рекомендованих для педіатричних факультетів, кількість яких у бібліотеці інституту була обмеженою.

Підручник за редакцією Л.А. Ісаєвої (Москва: Медицина, 1996. – 591с.) більшою мірою відповідав вимогам до викладання педіатрії на лікувальних факультетах медвузів, оскільки поряд із описанням основних захворювань дитячого віку містив інформацію про анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму, методи обстеження, принципи виховання і вигодовування здорової дитини, дитячі інфекційні захворювання. Книга далеко не претендувала на вичерпний виклад усіх розділів педіатрії і усіх нозологічних форм. Обсяг інформації, що містилася в ній, був строго обмежений програмою з дитячих хвороб, затвердженою Міністерством охорони здоров'я СРСР.

Основна частина. Розпад Радянського Союзу, падіння “залізної завіси”, розширення інформаційного простору та можливість доступу до надбань у галузі медицини інших держав призвели до необхідності реформування системи охорони здоров'я в Україні і, разом з тим, до нових підходів щодо підготовки медичних кадрів.

Стратегічним завданням вищої медичної школи в Україні стала підготовка сімейного лікаря – висококваліфікованого фахівця широкого профілю, який поряд із знаннями в галузі терапії, був би добре обізнаним з хірургічними, гінекологічними і, в першу чергу, з педіатричними проблемами. Одночасно виникла нагальна потреба в педагогічній літературі, написаній вітчизняними вченими рідною українською мовою.

“Першою ластівкою” серед низки вітчизняних підручників з педіатрії став багатотомник “Медицина дитинства” за редакцією П.С. Мощича, який почав виходити у видавництві “Здоров'я” з 1994 р. [6,7,8]. У зазначеному посібнику широко висвітлені проблеми не лише всіх розділів педіатрії, генетики та імунології, також вперше представлено розділ про дію шкідливих чинників навколишнього середовища на дитячий організм. Глибина та обсяг викладеного матеріалу цілком відповідають призначенню посібника – для інтернів, курсантів, проте для студентів він також став “настільною” книгою.

У 1999 році у видавництві “А.С.К.” (Київ) видано підручник В.Г. Майданника “Педіатрія” (російською мовою), де викладені найважливіші аспекти епідеміології, етіопатогенезу, клініки, діагностики, диференційної діагностики і лікування більшості захворювань дитячого віку [1]. Автор поставив перед собою завдання розглянути найпоширеніші і важливі хвороби дитячого віку, приділивши особливу увагу сучасним аспектам перебігу, методам діагностики і терапії. У ньому збережена традиційна манера викладу матеріалу, що дає можливість сформулювати у читачів фундаментальні знання з педіатрії.

Підручник складається з 9 розділів, які за змістом відповідають програмі з педіатрії, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Особливо вдалими слід вважати розділи, присвячені серцево-судинній, гемато-

логічній патології, захворюванням сечовидільної системи, органів дихання. Менше уваги приділено ендокринній патології: у відповідному розділі висвітлюється лише цукровий діабет. Захворювання періоду новонародженості також залишилися поза увагою автора. Проте це зумовлено, в першу чергу, відокремленістю неонатології як дисципліни, а також обмеженістю обсягу підручника.

Перевагою цього видання варто вважати наявність розділу “Захворювання імунної системи”, де висвітлені уроджені і набуті імунодефіцитні стани у дітей. І хоча деякі захворювання розглянуті лише в загальних рисах, проте це є великим кроком уперед, порівняно з підручником 70-80 рр. Серйозним моментом оцінки якості видання є російськомовний виклад матеріалу, що обмежує використання підручника на території України. Але політика ВНЗ за останні роки щодо залучення на навчання іноземних громадян диктує необхідність випуску літератури студентам-іноземцям, які володіють російською мовою.

У 1999 р. також вийшов із друку україномовний підручник “Дитячі хвороби” за редакцією професорів В.М. Сідельникова та В.В. Бережного (Київ: “Здоров'я”), адресований студентам медичних ВНЗ, лікарям-інтернам, курсантам і аспірантам [5]. Назва підручника цілком відповідає змісту: найважливіші хвороби дитячого віку знайшли своє висвітлення на його сторінках на сучасному рівні. Вагомою перевагою цього видання є поглиблений виклад проблем дитячої кардіології. Читачам пропонуються відомості про етіопатогенез, клініку, лікування міокардіодистрофії, кардіопатій, порушення ритму серця і провідності, артеріальної гіпертензії, викладені проблеми серцевої недостатності. Позитивною рисою підручника є достатня кількість матеріалу з ендокринології. Окремий розділ присвячений проблемі променевих уражень, що є актуальним для нашої країни.

Варто зазначити, що в справі формування вітчизняного фонду підручників та навчально-методичних посібників кафедра педіатрії ТДМА ім. І.Я. Горбачевського не стояла осторонь. Завідувач кафедри чл.-кор. АМН України проф. І.С. Сміян є співавтором зазначених вище підручників. Зокрема в багатотомнику “Медицина дитинства” його перу належать

розділи “Хронічні розлади харчування” (I том) [6], “Успадковані захворювання органів дихання” та “Мальабсорбція” (II том) [7]; у “Дитячих хворобах” за редакцією В.М. Сідельникова та В.В. Бережного – “Хвороби незбалансованого харчування” та “Захворювання органів травлення у дітей старшого віку” [5].

У “Довіднику фельдшера” (Київ: “Здоров’я”, 1997) проф. І.С. Сміяном із співавторами написано розділ “Дитячі хвороби”. Це видання є цінним і актуальним тим, що література подібного типу протягом останніх десятиліть в Україні не видавалася і, відповідно, середні медичні працівники були позбавлені інформації щодо нових і доступних методів діагностики і лікування захворювань.

Вагомим внеском в удосконалення викладання педіатрії було створення співробітниками кафедри методичних рекомендацій для студентів, які побачили світ у 1987 р. (Київ, РМК МЗ УРСР) у 4-х окремих брошурах: “Пропедевтика детских болезней”, “Детские соматические болезни, ч. I”, “Детские соматические болезни, ч. II”, “Детские инфекционные болезни” [9,10,11,12]. Вони були призначені для самостійної позааудиторної підготовки студентів до практичних занять. Методичні рекомендації висвітлювали актуальність теми кожного заняття, ставили перед студентами загальну мету та конкретизували обсяг знань і вмінь, містили програму самостійної підготовки, алгоритм практичної роботи, короткий виклад матеріалу у вигляді графічної структури теми, набір ситуаційних задач і список рекомендованої літератури. Ці розробки швидко здобули популярність не тільки у наших студентів, але й зацікавили викладачів з інших ВНЗ.

Із 1992 р. кафедра педіатрії ТДМА стає базовою серед аналогічних кафедр медичних ВНЗ України. У зв’язку зі змінами в програмі, викладання педіатрії, що полягали у включенні до неї питань медичної генетики, співробітниками нашої кафедри у 1992 році були видані українською мовою методичні рекомендації “Пропедевтика дитячих хвороб з питаннями медичної генетики” [13]. В цьому ж році окремими брошурами починають виходити лекції завідувача кафедри, члена-кореспондента АМН України, професора І.С. Сміяна, які стають невід’ємною частиною навчального процесу (всього 15).

Навчально-методичний посібник “Практична педіатрія” за редакцією проф. І.С. Сміяна був виданий авторським колективом кафедри дитячих хвороб Тернопільського медичного інституту ім. І.Я. Горбачевського у видавництві “Здоров’я” (Київ) у 1993 році [16]. Це перше видання не тільки в Україні, але й на території колишнього Радянського Союзу. Посібник призначений для самостійної позааудиторної підготовки студентів вищих медичних закладів до практичних занять з педіатрії і складається з трьох розділів: “Пропедевтика”, “Дитячі соматичні захворювання”, “Дитячі інфекційні хвороби”. Для досягнення потрібного рівня знань автори пропонують оригінальну методiku самостійної підготовки майбутніх лікарів, метою якої є навчити їх проводити обстеження дітей, аналізувати об’єктивні дані з урахуванням морфо-функціональних особливостей дитячого організму залежно від вікових показників норми, вирішувати суттєві питання діагностики, лікування і профілактики дитячих захворювань.

У кожній розробці з певної теми наведено загальну і конкретну мету, початковий рівень знань і вмінь, інтеграцію з іншими медичними дисциплінами, програму самостійної підготовки студента. Завершує кожну тему короткий виклад матеріалу, що містить основну інформацію. Ситуаційні задачі з еталонами відповідей мають на меті покращити засвоєння кожної теми. На допомогу студенту дається список рекомендованих джерел інформації.

У зв’язку із стислим характером викладу матеріалу, дане видання не може служити основним підручником для студентів-медиків. Проте воно значно полегшує засвоєння і накопичення нових знань, систематизує процес оволодіння навичками обстеження дитини, планування терапевтичних і профілактичних заходів.

Поряд з перевагами, аналогічно з іншими виданнями, даний навчальний посібник має і свої недоліки. Зокрема, список рекомендованої літератури не містить тієї різноманітності підручників, що доступні студентам сьогодні. Не всі аспекти дитячих інфекційних захворювань, ендокринної патології, неонатології, згідно з програмою МОЗ України для вищих навчальних закладів, знайшли своє відображення на сторінках практичної педіатрії.

У 1995 році авторським колективом співробітників кафедри був написаний посібник “Педіатрія в ситуаційних задачах” за редакцією члена-кореспондента АМН України, професора І.С. Сміяна [15]. За допомогою цього збірника студенти на основі набутих теоретичних знань, враховуючи скарги, анамнез, об’єктивні дані та результати допоміжних методів дослідження, могли вирішити питання діагностики, подальшої тактики, обстеження та лікування. Збірник містить типові задачі всіх розділів педіатрії та еталони відповідей до них і призначений для здійснення самоконтролю якості підготовки студентів.

У зв’язку з розширенням обсягу викладання педіатрії і виділення окремими курсами пропедевтики дитячих хвороб, факультетської та госпітальної педіатрії виникла гостра потреба в адекватних навчально-методичних посібниках. Тому співробітники кафедри запропонували для своїх колег з інших вузів України новацію: починаючи з 1997 року, світ побачили “Госпітальна педіатрія” (1997), “Факультетська педіатрія” (1998) та “Особливості семіотики захворювань дитячого віку” (1999 р.), рекомендовані Міністерством охорони здоров’я України як навчально-методичні посібники для студентів вищих медичних закладів освіти [2,14,18].

Унікальністю даних видань є те, що в “Особливостях і семіотиці захворювань дитячого віку” приділено значну увагу методиці об’єктивного обстеження по органах і системах, особливостям догляду за хворими з різною патологією. Чітко окреслені клінічні та лабораторно-інструментальні критерії діагнозу найбільш поширених захворювань дитячого віку є візитною карткою “Факультетської педіатрії”. В “Госпітальній педіатрії” акцентовані диференційно-діагностичні критерії захворювань, передбачених програмою, та детально висвітлені питання неонатології.

Вершиною творчих здобутків кафедри на ниві медичної освіти стало видання в 1999 році книги члена-кореспондента АМН України, заслуженого працівника вищої школи України, доктора медичних наук, професора, завідувача клініки педіатрії Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського І.С. Сміяна “Педіатрія: цикл лекцій”. (Тернопіль: Укрмедкнига). Автор – один із визначних вітчизняних педіатрів – присвятив її актуальним проблемам найважливішої галузі медицини [17].

Грунтуючись на власному великому досвіді лікаря, науковця і педагога, аналізуючи наукові досягнення провідних вітчизняних та світових учених, автор пропонує читачеві дороговказ у досягненні найвищої мети всіх педіатрів – виховання здорової, гармонійно розвинутої дитини. Недарма цикл починається з лекції, присвяченої вигодовуванню, адже “В раціональному харчуванні дітей до року – здоров’я нації” (І.С. Сміян).

У лекції “Діарейні захворювання” вперше висунута концепція, яка пояснює диспепсичні прояви (насамперед діарею) гастроентеральною ферментопатією з подальшим розвитком синдромів мальдигестації та мальабсорбції. В лекції “Спадкові аномалії обміну речовин” особливої уваги заслуговує розділ, присвячений обміну вуглеводів, який є підсумком багаторічних кафедральних досліджень порожнистого та мембранного травлення у дітей. Запропонована І.С. Сміяном нова робоча схема патогенезу гіпотрофії зумовлює нові та більш ефективні методи лікування та профілактики цього захворювання.

Неабиякий інтерес викликає у читачів оригінальна лекція “Походження, диференційна діагностика і терапія жовтяниць новонароджених”.

У лекції “Хронічні захворювання гепатобіліарної системи” наводиться зручна для практичного впровадження класифікація хронічних запальних захворювань печінки і жовчних шляхів, розроблена автором.

Будучи тривалий час провідним фахівцем з дитячої курортології при Міністерстві охорони здоров’я СРСР, І.С. Сміян ділиться своїм унікальним досвідом у циклі лекцій “Реабілітаційні фактори курортів”.

Крім послідовного, логічного, доступного викладу матеріалу, лекції ілюстровані виписками з історій хвороб, схемами патогенезу, таблицями. Позитивним також є те, що завершується кожна лекція переліком контрольних запитань, згідно з якими читач може здійснити самоконтроль засвоєння матеріалу.

Ця книга стала настільною не тільки для студентів-медиків, але й для інтернів та лікарів-педіатрів.

Висновки. 1. Видавництво підручників з педіатрії українською мовою є однією зі складових української держави.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

2. Великий вибір навчальної літератури, написаної різними авторами, альтернативність поглядів на ті чи інші проблеми педіатрії сприяють різносторонньому навчанню студентів, формуванню усвідомленого та критичного підходу до вивчення дисципліни.

Література

1. Майданник В.Г. Педиатрия: Учебник для студентов высших учебных заведений – К.: А.С.К., 1999. – 832 с.

2. Госпітальна педіатрія / За ред. І.С. Сміяна, В.Г. Майданника. – Тернопіль: Київ, 1997. – 175 с.

3. Детские болезни / Под ред. проф. П.Н. Гудзенко. – К.:Вища шк.,1984. – 776 с.

4. Детские болезни / Под ред. Л.А. Исаевой. – М.: Медицина,1986.

5. Дитячі хвороби / В.М. Сідельников, В.В. Бережний, Б.Я. Резник та ін. – К.: Здоров'я, 1999. – 734 с.

6. Медицина дитинства / За ред. П.С. Мощича: Навч. посібник. – К.: Здоров'я, 1994. – Т.1. – 704 с.

7. Медицина дитинства / За ред. П.С. Мощича: Навч. посібник. – К.: Здоров'я, 1994. – Т.2. – 760 с.

8. Медицина дитинства / За ред. П.С. Мощича: Навч. посібник. – К.: Здоров'я, 1999. – Т.4. – 712 с.

9. Методические указания для студентов IV-V курсов по подготовке к практическим занятиям по разделу “Пропедевтика детских болезней”. – К.:РМК УССР – 1987. – 65 с.

10. Методические указания для студентов IV-V курсов по подготовке к практическим занятиям по разделу “Детские соматические заболевания”. –

3. Колектив кафедри педіатрії ТДМА вніс вагомий вклад у створення і видавництво підручників, посібників та інших методичних матеріалів і постійно знаходиться у творчому пошуку щодо подальшого вдосконалення викладання педіатрії студентам-медикам.

К.:РМК УССР – 1987. – ч.І – 81 с.

11. Методические указания для студентов IV-V курсов по подготовке к практическим занятиям по разделу “Детские соматические заболевания” – часть II. – К.:РМК УССР – 1987. – ч. II – 101 с.

12. Методические указания для студентов IV-V курсов по подготовке к практическим занятиям по разделу “Детские инфекционные болезни ” – К.:РМК УССР – 1987. – 65 с.

13. Методичні вказівки для студентів IV курсу по підготовці до практичних занять по розділу “Пропедевтика дитячих хвороб з питаннями медичної генетики”. – Тернопіль. – 1992. – 106 с.

14. Особливості і семіотика захворювань дитячого віку / За ред. І.С. Сміяна, В.Г. Майданника. – Тернопіль – Київ, 1999. – 146 с.

15. Педіатрія в ситуаційних задачах / За ред. І.С. Сміяна. – Тернопіль, 1995. – 117 с.

16. Практична педіатрія / За ред. І.С. Сміяна – К.: Здоров'я, 1993 – 240 с.

17. Сміян І.С. Педіатрія : Цикл лекцій. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 712 с.

18. Факультетська педіатрія / За ред. І.С. Сміяна, В.Г. Майданника. – Тернопіль – Київ, 1998. – 146 с.

УДК 616-053.2(07.07)

ДІ ЄУ НЄОУАӨ²ЕІ ЕӨ ÇААА× О І АА×АЕУІ ТІ О І ДІ ОАÑ²
ЊОУААІ Д²А І ААЕ×І Т АТ ОАЕОЕУОАДО І А ЕАОААД²
І ДІ І ААААДӨЕЕЕ АЕОВ×ЕӨ ОАІ ДІ А
І .^а . Оаäі дө³а, Њ.І . І ееедрê, І .І . Øöëüääé, Д.І . Аі ді і өі ää
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE ROLE OF SITUATIONAL TASKS IN THE TEACHING PROCESS AT PEDIATRICS CHAIR OF MEDICAL FACULTY

O.Ye. Fedortsiv, S.O. Nykytyuk, O.M. Shulgay, T.O. Vorontsova

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Важливим завданням кафедри пропедевтики дитячих хвороб є формування клінічного мислення на основі знань педіатрії. Ситуаційні задачі, ділові ігри використовуються для виявлення кінцевого рівня знань. Основний напрямок навчання студентів відповідає сучасним вимогам охорони здоров'я.

An important task of the pediatrics chair is formation of the clinical thinking on the basis knowledge of pediatrics. Situational tasks, business games are used for the estimation of the final level of the students' knowledge. The main direction of the students' studying process satisfies modern requirements of health care.

Вступ. Основною метою навчання студентів на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб – розвинути у майбутніх лікарів уміння кваліфіковано збирати скарги та анамнез захворювання і життя у дітей різних вікових періодів, виявляти симптоми ураження різних органів та систем, які межують із захворюваннями станів, обґрунтовувати необхідність певних лабораторних та інструментальних обстежень у кожному конкретному випадку, інтерпретувати результати цих досліджень, познайомити та навчити студентів працювати з медичним обладнанням та інструментами, які використовуються в дитячій клініці, вміти організувати правильний догляд за здоровою і хворою дитиною різного віку, оволодіти основними принципами деонтології при безпосередньому контакті з хворими дітьми, їхніми батьками, родичами чи опікунами.

Одним із шляхів досягнення цієї мети є оптимізація навчального процесу шляхом впровадження нових методів контролю знань студента.

Важливим завданням кафедри пропедевтики дитячих хвороб є формування клінічного

мислення, пізнавальних здібностей студента, спостережливості на основі глибоких знань анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму у віковому аспекті.

Із цією метою нами широко застосовуються ситуаційні задачі та ділові ігри.

Основна частина. Зустріч із хворою дитиною, особливо раннього віку, для більшості студентів відбувається вперше саме на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб і перші враження та перші самостійно куровані маленькі пацієнти в подальшому позитивно вплинуть на формування логічного мислення, лікарської інтуїції, вміння об'єктивізувати дані, помітити синдромологічні ознаки хвороби, а надалі – встановити синдромальний діагноз, призначити необхідний об'єм лабораторно-інструментальних обстежень, намітити план догляду за хворою дитиною.

Клінічні ситуації є хорошою структурою для формування уяви, навичок і вмінь. Вони допомагають оцінити отримані знання, удосконалити систему контролю знань, навичок і вмінь майбутнього лікаря.

Ситуаційні задачі дозволяють використовувати набуті теоретичні знання про анатомо-фізіологічні особливості органів та систем дитячого організму в цілому в розв'язанні реаль-

© О.Є. Федорців, С.О. Никитюк, О.М. Шульгай, Т.О. Воронцова, 2001

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

них проблем різних педіатричних ситуацій, з якими практичний лікар стикається у своїй повсякденній роботі.

Задачі є різні за складністю і типом. Студентам пропонується вихідний рівень інформації, який містить вік дитини, стать, скарги, короткі дані анамнезу, об'єктивні дані, місце надання й об'єм долікарської медичної допомоги, дані лабораторних досліджень.

Згідно із вимогами навчальної програми, ситуаційні задачі формуються блоками за темами від менш складних і деталізованих до повного описання клінічної ситуації.

Умови завдання ставлять лаконічно і чітко. Мета – допомогти студенту краще зрозуміти тему, її ключові моменти, а при необхідності – заглянути ще раз у підручник.

Так наприклад, задачі для перевірки знань структурно-функціональних особливостей дитячого організму містять інформацію про симптоми і синдроми захворювання у дитини конкретного віку, а студент повинен пояснити, які анатомо-фізіологічні особливості даного віку призводять до вищеописаної симптоматики, механізм виникнення і особливості прояву у дітей різного віку.

Інші задачі покликані перевірити вміння студента призначити оптимальний обсяг обстежень для підтвердження або уточнення синдромального діагнозу, організувати правильний догляд за дітьми різного віку з різноманітними соматичними захворюваннями.

У групах із викладанням пропедевтики дитячих хвороб англійською мовою і групах іноземних студентів використовуються завдання для тестового контролю і ситуаційні задачі для перевірки отриманих знань під час самостійної позааудиторної підготовки англійською і російською мовами. Крім того, додому дається завдання скласти англійською мовою ситуаційну задачу на задану тему із врахуванням анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму.

На практичному занятті починається розгляд теми із 5-10-хвилинного фронтального експрес-контролю. З цією метою використовують блоки з 10-12 тестових питань, а кожне тестове завдання складається з п'яти запитань і має одну правильну відповідь. Для перевірки знань студентів вибирають певні тести і навички, наприклад, встановлення діагнозу, вирішення

питання стосовно раціонального догляду, заготовування. Контроль за якістю відповіді студента на тестове завдання здійснюється за допомогою еталонів відповіді.

Поетапний контроль засвоєного студентами матеріалу проводиться тестовим методом на підсумкових заняттях, що включає в себе анатомо-фізіологічні особливості різних органів і систем організму дитини, семіотику основних захворювань, невідкладні стани в педіатрії, особливості догляду за хворими і здоровими дітьми.

У процесі заняття використовуються “ділові ігри”. Наприклад, задається певна клінічна ситуація. Один студент виконує роль лікаря чи медсестри – опитує скарги, анамнез. Інший студент, якому відведена роль пацієнта, відповідає “лікаряю” згідно із запропонованим діагнозом. Потім студент-“лікар” визначає провідні синдроми, які він виявив у “хворого”, та призначає або невідкладну допомогу, або план догляду, залежно від мети ділової гри. Застосовується інструментарій і аптечка для невідкладної допомоги.

Розширені ситуаційні задачі із поглибленими результатами лабораторних аналізів використовуються за 20 хв до закінчення заняття після огляду хворого, ознайомлення з медичною документацією, для закріплення практичних навичок і застосування теоретичних знань у розв'язанні конкретних практичних завдань.

Для самостійної позааудиторної роботи студентів також розроблені ситуаційні задачі, які входять у методичні рекомендації для позааудиторної роботи. На нашу думку, таким чином глибше вивчається матеріал і мотивується особиста активність студента, розвивається його клінічне мислення, а надані еталони відповідей дозволяють перевірити свої дії у різноманітних клінічних ситуаціях.

Для оцінки кінцевого рівня знань студентів III курсу в екзаменаційний білет введено дві ситуаційні задачі. Кожному студенту пропонується певна клінічна ситуація з указанням віку дитини, симптомами захворювання, результатами лабораторних чи інструментальних обстежень. При цьому у своїй відповіді студент повинен встановити синдромальний діагноз, дати інтерпретацію додаткових обстежень, встановити можливі причини виникнення певного захворювання згідно з анатомо-фізіоло-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

гічними особливостями дитячого організму, при необхідності описати долікарську невідкладну допомогу.

Для оцінки з диференційованого заліку студентів II курсу поряд із оцінюванням практичних навичок і маніпуляцій введено також три ситуаційні задачі. У першій задачі передбачається правильна характеристика студентом стану новонародженого за шкалою Апгар, у другій – визначення групи ризику і групи здоров'я, у третій – розрахування разової і добової дози антибіотика.

Література

1. Сьюзан М. Кейтс, Девід Б. Свэнсон. Создание письменных тестовых вопросов по базисным и клиническим дисциплинам. – Филадельфия, Пенсильвания.

2. Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України // Матеріали доповідей

Висновки. 1. Тематика ситуаційних задач чітко впливає з програмних положень дисципліни, сприяє закріпленню знань.

2. Результати оцінювання за допомогою тестів показують глибину “виживань” знань студентів і є його складовою.

3. Навчальний матеріал, викладений у ситуаційних задачах, має міжінтеграційний зв'язок з іншими клінічними дисциплінами.

4. Ситуаційні задачі застосовуються для закріплення практичних навичок і вмінь, а також для контролю теоретичних знань.

науково-медичної конференції. – Тернопіль, 29 вересня – 1 жовтня 1999 року.

3. Мисула І.Р. Оптимізація навчально-виховного процесу в Тернопільській медичній академії в умовах сьогодення // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С.44-48.

УДК 616-053.2-083.98-085

ЄЄ²І ²ЕА ОА ÑЕІ АЃІ І І А ОАЃАІ ²В І АА²АЕЕААІ ЕО ÑОАІ ²А О А²ОАЕ: І І Ñ²АІ ЕЕ / А.О. ЕІ АІ АА, а.О. АОÇÜЕТ, Е.І . ÑЕІ АІ АВІ ОА ²І . – ОАЃІ І І ²ЕÜ: ОЕЃІ ААЕІ ЕАА, 2000. – 208 Ñ.

Вийшов із друку посібник, якого потребує буденна, щоденна праця педіатра. Немає сумніву в тому, що невідкладна терапія у будь-якій галузі медицини – найважча ділянка роботи лікаря, а тим паче в педіатрії. Дитячий лікар, стикаючись із ургентною ситуацією, змушений враховувати все: тяжкість стану і ризик для життя, вік, анатомо-функціональні особливості дитячого організму тощо. Тобто, в надзвичайно стислий час необхідно прийняти життєво важливе рішення. За таких умов є реальна потреба в тому, щоб педіатри володіли уніфікованою схемою надання невідкладної допомоги. Одним із поширених підходів до лікування в ургентних ситуаціях є проведення терапії провідного синдрому (чи синдромів) патології, що дає можливість керувати тяжкістю стану хворого. За таким же принципом побудований даний посібник, а саме: синдромна терапія невідкладних станів у дітей.

Слід зазначити, що дане видання є першим україномовним посібником із даної проблеми. Це не лише підкреслює його оригінальність, але є свідченням прогресивного розвитку української медичної науки. Автори вдало вибрали принцип побудови посібника: кожний розділ містить короткі відомості про причини та клінічну характеристику невідкладного стану, обсяг допомоги на до- та госпітальному етапах, ситуаційні задачі для самостійного вирішення. Таким чином, лікар має змогу пригадати основні причини виникнення, наприклад гострої серцевої недостатності, надалі зіставити її клінічну характеристику із наявною симптоматикою у конкретного хворого, визначитися у попередньому діагнозі. Колектив авторів видання розділив обсяг медичної

допомоги на два етапи, що є зручним і корисним як для педіатра, що працює на дільниці, так і для дитячого реаніматора. Вбачається, що при написанні даного посібника простежувалася єдина мета: поглибити знання лікарів з провідних діагностичних критеріїв та обсягу кваліфікованої медичної допомоги на різних етапах обслуговування. Завершальним етапом є самостійне вирішення типових завдань, якими закінчується кожен розділ. Принагідно зауважити, що для досягнення згаданої мети більш доцільно було навести саме діагностичні критерії невідкладних станів, а не клінічну картину. Оскільки максимальна концентрація суттєвих ознак стану (що відповідає діагностичним критеріям) зосереджує увагу лікаря на головному, чим скорочується час, необхідний для визначення діагнозу.

Посібник вміщує 11 розділів: “Захворювання органів дихання”; “Захворювання серцево-судинної системи”; “Хвороби крові та судин”; “Гострі алергічні реакції”; “Коматозні стани”; “Інфекційні захворювання”; “Кровотеча при виразковій хворобі”; “Гостра ниркова недостатність”; “Гостра наднирковозалозна недостатність”; “Сторонні тіла трахеї і бронхів”; “Гострі отруєння”; які в цілому охоплюють усі підрозділи педіатрії.

У розділі “Захворювання органів дихання” викладені принципи та обсяг невідкладної терапії при гострій пневмонії, бронхіальній астмі, гострому бронхіті. При цьому гостра пневмонія висвітлена у різних аспектах, зокрема реанімаційні заходи при гострій дихальній недостатності, а також провідних синдромах ускладнених форм: кардіоваскулярний, бронхообструктивний, гастроінтестинальний і пневмоторакс.

Невідкладна терапія нападу бронхіальної астми представлена з використанням сучасних

© Н.В.Банадига, 2001

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

підходів до лікування, в якому перевага надається інгаляційним формам бронхолітиків. Обсяг надання невідкладної допомоги при гострому бронхіті та бронхіоліті послідовний, адекватний тяжкості стану дитини, із зазначенням необхідності госпіталізації.

Ургентні ситуації при захворюваннях серцево-судинної системи представлені гострою судинною та серцевою недостатністю, пароксизмальною тахікардією, гіпертонічним кризом, раптовою зупинкою серця. Виклад в цьому розділі грамотний, з використанням останніх досягнень кардіологічної школи та сучасних медикаментів.

При висвітленні невідкладних ситуацій, що виникають у дітей із гемофілією, тромбоцитопенією, геморагічним васкулітом, синдромом дисемінованого внутрішньосудинного згорання автори послідовно висвітлили діагностичну і лікувальну тактики, що є не що інше, як конкретний алгоритм для практичного лікаря. Надзвичайно важливим є те, щоб лікар не лише кваліфіковано надав допомогу, але й міг контролювати її обсяг та ефективність.

Терапія при гострих алергічних реакціях, що можуть бути спровоковані різноманітними чинниками та мати різну глибину тяжкості, передбачає блокування розвитку алергічного механізму та усунення його дії на внутрішні органи і системи. В посібнику запропонована схема надання невідкладної терапії, яка в цілому відповідає сучасним позиціям алергології.

У розділі “Коматозні стани” зосереджена увага на діагностичних критеріях та диференційних ознаках провідних з них, а також наведена посиндромна терапія. Тематика даного розділу достатньо складна, однак авторам вдалося раціоналізувати діагностичний пошук, який спрощує шлях вибору медикаментозного лікування.

У структурі дитячої захворюваності інфекційні хвороби займають одне з провідних місць, нерідко вони мають тяжкий перебіг, що потребує негайної корекції лікування. З цих позицій доцільною є деталізація даної патології у шостому розділі. Зокрема невідкладна терапія при судомному синдромі викладена за умови його виникнення на тлі гіпертермії, при епілепсії, спазмофілії, менингоенцефальному синдромі. Такий перерозподіл дав можливість у кожному конкретному випадку виділити специфічну лікувальну та діагностичну тактику.

Дозволю собі не зупинятися на кожному із наступних розділів зокрема, оскільки вони підготовані зі знанням клінічної картини, містять достатню інформацію щодо ведення таких хворих, є послідовними і адекватними до вимог сьогодення.

На завершення необхідно зазначити, що дане видання суттєво відрізняється від раніше опублікованих. Передусім, кожний розділ висвітлює послідовне надання медичної допомоги із посиленнями на конкретне дозування препаратів. Натомість практично всі довідники, якими користуються сьогодні лікарі, мають посилення на дози, що наведені у попередніх розділах. Це надто ускладнює роботу та вимагає затрати зайвого часу. З цих уявлень автори постають не лише досвідченими науковими працівниками, але й справжніми клініцистами, які знають “слабкі місця” педіатрії та буденні проблеми педіатрів.

Ознайомлення з посібником принесло особисто мені бажання переглянути окремі розділи та водночас проїнятися повагою до тих, хто приклав чимало зусиль, щоб написати “книгу на замовлення” дитячих лікарів різного профілю. Сподіваюся, що з виходом даного видання труднощів у нелегкій роботі педіатра поменшає.

**Доктор мед. наук, доцент кафедри шпитальної та факультетської педіатрії
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського Н.В. Банадига**

УДК 615.15/04.088

**І ААЕЕТ -НІ ОЕАЕУІ ОА І Т НЕААНОАЕВ ВААДІ ОО ЕАОАНОДІ О
(НАІ ЕІ АЕАОЕІ НЕ-АЕОАЕ, РАЕІ ОЕ ОДАЕ, І Т ЕЕАІ І
“НАААДІ ОЕ – І Т ААВ САІ ЕВ”, ХАДІ Т АОЕУ) / І .А. ААНЕЕУАА,
А.Е. І АЕУОАА, А.І . ЕІ ААЕАІ ЕІ Е АД. – ЕЕАА: САІ ДІ А'В,
1999. – 296 Н.**

Науково-технічний прогрес, поряд із значними матеріальними перевагами, характеризується також певними негативними явищами, які згубно впливають на стан навколишнього середовища. Непродумана до кінця експлуатація природних джерел призводить до забруднення повітряного, водного басейнів та ґрунтів. Все це негативно впливає на стан здоров'я людей і призводить до значних, іноді непередбачених, витрат на охорону здоров'я.

Сучасний стан розвитку цивілізації на Земній кулі, поступовий перехід її у фазу космічної суперцивілізації, колосальний ріст енергетичного озброєння людства і масштабів його впливу не тільки на “обрис Землі”, а також і на найближчий космос, приховує в собі безпрецедентні за своїми розмірами і наслідками техногенні катастрофи, прикладом яких є результати багаточисельних кононад ядерних випробувань, що проводилися протягом тривалого часу (понад 40 років). Це призвело до порушення планетарного радіоактивного фону на Землі. Значне місце в цьому займає катастрофа на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС).

Розвиток науки і технічного прогресу разом із колосальним ростом промислового виробництва, розвитком міжнародних і трансконтинентальних зв'язків призвели до організації світового співтовариства і потенційної небезпеки будь-якої катастрофи, яка породжує планетарний резонанс. В результаті цього втрачає людства через природні і техногенні катастрофи постійно зростають. За даними ВООЗ, в кінці 80-х років тільки природна стихія щорічно забирає життя 250 тис. людей. Число загиблих у 70-80-і роки від природних катастроф склало 3 млн., тих, що постраждали – близько мільярда осіб.

Особливу небезпеку антропогенних катастроф представляють інциденти, що супроводжуються забрудненням навколишнього середовища радіонуклідами і дією іонізуючої радіації. Але ця обставина до теперішнього часу не проникла в достатній мірі у свідомість навіть учених-професіоналів, не кажучи вже про підлітків. У зв'язку з цим, висвітлення зіставлень медичних і медико-соціальних наслідків на Чорнобильській АЕС, ядерних випробувань на Семіпалатинському полігоні (на прикладі Південно-Західної степової території Алтайського краю), на полігоні “Північний – Нова Земля” та аварій на виробничому комплексі “Маяк” (Південний Урал) в теперішній час набуває виключного значення для медичних працівників різних спеціальностей, екологів, біологів та студентів медичних закладів.

Головну увагу в книзі автори приділяють медичній ситуації на територіях, що зазнали результатів ядерних катастроф. Обґрунтовано уявлення про можливість розвитку при таких та подібних ситуаціях широкого спектра біомедичних наслідків, які спостерігаються протягом багатьох років і навіть десятиріч (з початку першого вітчизняного випробування атомної бомби 29 серпня 1949 року, яке мало масштабний вплив на природне середовище і населення степової частини Алтайського краю). Обговорюються плани про механізми цих явищ, наведено дані про неможливість дії виключно малих доз іонізуючої радіації при наслідках ядерних катастроф. Обґрунтована уява про важливе патогенетичне значення порушень нейро-, імуні-, ендокринорегуляції в організмі людей, що проживають на забруднених територіях.

Книга складається із вступу, 4-х глав, висновків і списку літератури. Останній містить 505 літературних джерел і офіційних документів вітчизняних та російськомовних авторів і 87 публікацій зарубіжних дослідників.

© І. Сидорчук, В. Паньків, В. Маслянюк та ін., 2001

Перша глава – “Проблема Семипалатинск-Алтай” – вплив ядерних випробувань на Семипалатинському полігоні на здоров’я населення степової частини Алтайського краю. В ній описані популяційні порушення системи імунітету, імуноструктурного гомеостазу і функції репаративних систем на територіях радіоактивного забруднення, яке послужило причиною розвитку великомасштабного екологічного процесу. Не дивлячись на те, що рання фаза подій на забрудненій території втрачена, автори стверджують, що ключовою ланкою в розвитку вивчених процесів є радіогенне порушення функцій, перш за все, регуляторних систем організму: імунної, ендокринної та нервової, які замикаються в єдиний контур на імуногенетичній основі – на основі антигенів 1-го і 2-го класів головного комплексу гістосумісності. Вказані порушення вже у першому поколінні людей призвели до виникнення і прискорення розвитку ряду хронічних патологічних процесів, включаючи алергічні, аутоімунні, ендокринні і запальні захворювання. Радіогенна імунна депресія відкриває ворота до активації латентних, персистуючих і опортуністичних інфекцій, носії яких завжди є в популяції. Все це повною мірою відноситься і до онкогенних вірусів, особливо, як приклад, до вірусу Епштейн-Барр.

Автори припускають, що активація онкогенних вірусів, яка поєднується з пригніченням функції нервової, ендокринної систем із розвитком вторинних імунодефіцитних станів, сприяє росту захворюваності на злоякісні пухлини. Індуктором порушення репродуктивної функції популяції в даному регіоні є збільшення мертвонароджуваності і кількості уроджених вад.

Особливістю біомедичних наслідків у населення степового Алтаю є те, що комбінована дія малих доз іонізуючої радіації була на фоні відсутності в перші роки діяльності полігону психогенного стресу, або ж він був мінімальним за рахунок твердої завіси секретності, яка оповила всю “ядерну” сферу діяльності Радянського Союзу.

Друга глава присвячена медичній ситуації на території “Східноуральського радіоактивного сліду”. Наприкінці 40-х років в Челябінській області в обстановці надзвичайної секретності був пущений перший у Радянському Союзі промисловий ядерний реактор для виробітку зброй-

ного плутонію (об’єкт “Маяк”), через рік на цьому об’єкті був уведений в експлуатацію радіохімічний завод з виділення плутонію з опроміненого ядерного палива. Недосконалість виробничих процесів, процесів захоронення радіоактивних відходів, помножена на недооцінку можливих біомедичних наслідків, стали головною причиною радіоактивного забруднення значної частини Челябінської, Курганської та Свердловської областей і опромінення значної частини населення, що постійно проживає на цій території.

Деякі радіаційні інциденти призвели до ряду біомедичних наслідків – зниження межового імунітету (бар’єрних властивостей) шкіри, слизових оболонок відкритих порожнин, пригнічення гуморальної та клітинної імунної відповіді, факторів та механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту, зміни деяких імунологічних показників, в тому числі явищ алергії, аутоалергії, що виявлялися в ранні терміни забруднення, а також і через наступні 10-15 років. У пізні терміни (35-45 років) виявляються зміни клітинної ланки системи імунітету, деяких показників гуморальної імунної відповіді, а також клінічної системи організму, яка забезпечує протипухлинний нагляд. Радіаційні інциденти сприяли збільшенню захворюваності на деякі форми ендокринної патології і злоякісні пухлини.

Глава III – “Ядерні випробування і стан здоров’я населення Заполяр’я” – складається з 4-х розділів. У ній детально описані особливості радіоекологічної ситуації на Крайній Півночі, деякі дані про сучасний стан здоров’я корінного населення регіону, результати обстеження аборигенів Чукотки, а також стан системи імунітету в аборигенів Кольського півострова. В числі факторів довкілля, які впливають на розвиток популяційних процесів на Півночі, значна роль належить і малим дозам іонізуючої радіації, які пов’язані як з особливостями місцевих біоценозів, так і з техногенними факторами, в даному випадку, з випробуваннями ядерної зброї на Новій Землі. Малі дози іонізуючого опромінення, поряд з іншими факторами, можуть сприяти розвитку північної Т-лімфопенії, а значить і формуванню в тундровій зоні онкозагрозливої ситуації. Саме цим пояснюється активація онкогенних вірусів серед корінного населення Півночі.

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

За зрозумілими причинами, глава IV – “Аварія на Чорнобильській АЕС і її медичні наслідки” – найбільша за обсягом і найбагатша за змістом. Вона складається із 4-х розділів. У ній детально описані загальні відомості про катастрофу на Чорнобильській АЕС і вплив її на тривалість життя, демографічні показники населення України та інших держав, що межують з Україною, структура смертності населення і тенденції демографічної ситуації в Україні на майбутнє.

Наведені деякі дані про динаміку розвитку радіаційної ситуації на територіях ризику. Масштаби наслідків Чорнобильської катастрофи характеризуються великим числом осіб, що потребують спеціального медико-біологічного контролю. Тому розділ 4.3 присвячений аналізу динаміки медико-демографічних показників у контрольованих групах населення України впродовж 1986-1999 рр. Закінчується глава наведенням результатів вивчення радіаційно-індукованих соматичних, імунологічних, ендокринних, гематологічних, імуногенетичних та цитогенетичних ефектів, а також наслідків опромінення батьків, плода та дітей раннього віку. Особливо цікаві зіставлення біомедичних процесів, що відбувалися в зоні Чорнобиля та на степовому Алтаї, перш за все, тому що на Алтаї, на першому етапі розвитку радіаційних подій в глибокій секретності більшою мірою попереджали розвиток популяційного психогенного стресу, тому населення степового Алтаю слугувало контролем порівняно з контингентом, що постраждав у Чорнобилі.

Слід наголосити, що основну дозу радіації прийняла на себе щитоподібна залоза, особливо у дітей. В Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренко АМН України кількість оперованих дітей з приводу неоплазми щитоподібної залози збільшилась у 10 разів. Отримані незаперечні дані про те, що

вплив малих доз іонізуючої радіації на тиреоїдну систему спричинив очевидний патоморфоз зобної ендемії. Лише через 12 років після Чорнобильської катастрофи 240 тисяч юних киян отримали право на статус “чорнобильців”. Потерпілими вважаються діти 1979-1986 років народження (не пізніше 20 червня 1986 року).

Висновки є логічним завершенням капітальної праці провідних імунологів (М.В. Васильєв, Т.І. Коляда, Ю.Л. Волянський), терапевтів (В.М. Коваленко, В.І. Мальцев), організаторів охорони здоров'я України (В.І. Мальцев, В.Ф. Москаленко, В.М. Коваленко, В.М. Пономаренко, З.М. Парамонов), а також радіолога (В.М. Шубик) із Російської Федерації.

Автори книги вдало використали дані літератури і власні результати для всебічного викладу медико-біологічних та медико-соціальних наслідків ядерних катастроф.

Книга в цілому – це капітальна праця колективу авторів різних спеціальностей, що дало можливість їм всебічно охарактеризувати основні медико-біологічні та медико-соціальні наслідки ядерних катастроф та подати медичним працівникам рекомендаційні напрямки формування імуно- і ендокринореабілітаційних заходів для потерпілих у період Чорнобильської катастрофи. Тому цей посібник для України має непересічне значення.

Монографія є корисною для лікарів всіх клінічних спеціальностей, особливо для клінічних імунологів, алергологів, ендокринологів, терапевтів, екологів та біологів.

На превеликий жаль, надто малий тираж видання. На нашу думку, його слід збільшити. Книга написана російською мовою. Доцільно було б видати державною мовою. Книжка добре літературно оформлена, ілюстрована 97 таблицями, 21 малюнком, легко сприймається читачем і буде корисною для всіх, хто цікавиться розглянутою проблемою.

Ігор Сидорчук – зав. каф. клінічної імунології, алергології та ендокринології Буковинської державної медичної академії, доктор медичних наук, професор
Володимир Паньків – доцент, доктор медичних наук
Віталій Масляно – доцент, кандидат медичних наук
Петро Ляшук – доцент, кандидат медичних наук
Наталія Пашковська – кандидат медичних наук
Наталія Каспрук – кандидат медичних наук

УДК 61:34 (0.75)(049.3)

НОВА І АА І ААЕОЕІ А / ÇА ÐÄÄÄЕÖ^{2а} Р А.Н. Е²НІ АТ АТ – ЕЕ⁻А:
РÐ²І ЕТІ ²І ÐАВ. – 1999. – 480 Н.

Вихід у світ будь-якої книги із судової медицини, особливо навчального посібника для студентів медичних закладів, – рідкісна, відрадна подія у нинішній час. Підручник “Судова медицина” за редакцією доцента А.С. Лісового призначений для студентів медичних та юридичних ВНЗ і науковців. У передмові до нього цілком доречно зазначено, що “закон вимагає від лікарів спеціальних судово-медичних знань та вмінь. Саме тому навчальний план підготовки лікарів передбачає глибоке вивчення судової медицини і певних засад права, які, головним чином, стосуються розслідування злочинів проти особи”. Як же ці знання з судової медицини і права відображені в цьому підручнику, чи цілком вони відповідають сучасному стану науки, чого може навчити запропонований посібник?

Важливим завданням судової медицини є ґрунтовне ознайомлення майбутніх лікарів зі специфічними особливостями предмета, засвоєння ними процесуально-організаційних основ судово-медичної експертизи, статусу лікаря як експерта. Проте у відповідному розділі підручника немає визначення, що таке судова експертиза згідно зі ст. 1 закону України “Про судову експертизу”, в яких випадках виникає потреба у її призначенні (ст. 75 КПК України). У цьому розділі бажано було б коротко відобразити сутність тих реформ, які відбулися і відбуваються у структурі органів дізнання, попереднього слідства, прокуратури та суду після прийняття Конституції України. Мова повинна йти не про заборону певної діяльності експерта (с. 28), а про його кримінальну відповідальність за невиконання своїх обов’язків. Заборона певних вчинків і кримінальна відповідальність експерта – не одне і те ж, у чому можна переконатися на такому прикладі. Лікарю забороняється розголошувати лікарську таємницю, але кримінальна відповідальність за таке діяння відсутня, в той час як за розголошення слідчої таємниці експерт може бути притягну-

тий до кримінальної відповідальності за ст. 181 КК України.

Обов’язки і права експерта викладені не повністю та ще й у довільній формі, вони багато в чому не відповідають його обов’язкам і правам, зазначеним у законі “Про судову експертизу” та ст. 77 КПК України. Ні в розділі про процесуальні основи та організацію судово-медичної експертизи в Україні, ні в розділі про огляд трупа на місці його виявлення немає роз’яснення, хто такий спеціаліст (фахівець), його прав, обов’язків та відповідальності, відмінності його від експерта. Відсутній відповідний матеріал і в тлумачному словнику, що в кінці книги.

У вченні про смерть об’єднані поняття про клінічну і уявну смерть (с. 34), чого робити не можна, оскільки “клінічна смерть” – поняття тільки клінічне. Про неї говорять тоді, коли лікар чи прилади, підключені до організму в лікувальному закладі, зафіксували зупинку серця, і в такому разі у лікаря є 5-6 хв, протягом яких він може у певних випадках повернути людину до життя. Уявна смерть – зовсім інше. При уявній смерті діяльність серця та дихання не припиняються, вони продовжуються, але на “мінімальному рівні”: серце скорочується, але рідко, повільно і слабко (тобто кровообіг триває), дихання – поверхневе чи парадоксальне, але воно забезпечує тканини мінімальним кисневим живленням. Інша справа, що уявна смерть може перейти в біологічну при ненаданні своєчасно медичної допомоги. Майбутнім лікарям треба мати чітке уявлення про ці два неоднозначні види “смерті” – клінічну й уявну.

Вимірювати температуру трупа чомусь рекомендують замість пахвової ділянки в паховій, де робити це незручно і неефективно (с. 42, 81). У тексті про трупні плями (с. 36-39) відсутня чітка вказівка на об’єктивні методи їх дослідження: а) констатація процесу, що відбувається при натискуванні на пляму – зникнення, поблідіння чи відсутність зміни кольору, б) визначення сили, необхідної для зникнення чи поблідіння плями і в) встановлення часу (тривалості) відновлення попереднього їх кольору. Лише з таблиці № 1

© А.Х. Завальнюк, 2001

(с. 39) можна здогадатися про два методи дослідження трупних плям, а в матеріалі про охолодження трупа (с. 43) мова ще йде про фотодінамометрію трупних плям. Важливим є вивчення не тільки загальних положень про гниття трупа, а головне – чому і судова медицина вивчає це явище: для застосування ступеня проявів гниття у визначенні давності настання смерті. А тому треба було конкретніше назвати його ознаки, послідовність їх проявів залежно від середнього терміну їх розвитку у звичайних умовах, зазначити загальні закономірності гниття трупа у землі, у воді і на повітрі (за формулою Каспера), вказати, що таке сульфгемоглобін тощо. У представленому вигляді трупне гниття малоінформативне.

Заголовок на с. 47 “Муміфікація” повинен бути доповнений “і жировіск”, оскільки процес утворення жировоску не відповідає назві цього параграфу. Не виправлені грубі помилки: не отанова та кальметинова кислоти, а олеїнова і пальметинова. Адже студент буде запам’ятовувати так, як написано в підручнику.

На с. 56 є посилання на “Закон про судово-медичну службу України”. Такого закону немає.

У розділі про огляд трупа на місці його виявлення переплутані методи та стадії огляду місця пригоди, немає чіткого визначення сутності об’єктивного і суб’єктивного методів огляду, не названа їх відмінність. Щодо стадій огляду, то вони представлені як методи і фази (с. 79), що утруднює сприйняття матеріалу студентами. На с. 448 помилково вказано, що огляд трупа на місці пригоди регламентується ст. 132 КПК України. Непослідовно викладені завдання лікаря на місці пригоди при наявності трупа людини. Не звернена увага на порядок описання трупа на місці його виявлення (з чого треба починати, в якій послідовності продовжувати і чим закінчувати). Не роз’яснено студентам, чому ушкодження на трупі на місці пригоди необхідно описувати детально. Така необхідність обов’язкова, оскільки одним із завдань лікаря на місці пригоди є допомога слідчому у встановленні найважливішого речового доказу (ст. 78 КПК України) – знаряддя вчинення злочину, яке треба відшукувати, перш за все, на місці пригоди, особливо при ушкодженнях, нанесених тупими чи гострими предметами.

На с. 106 підручника вказано: “життєздатна дитина – це дитина, яка народилася доноше-

ною та зрілою ...” Життєздатною часто буває дитина і недоношена, і незріла. Життєздатність у плода настає задовго до його зрілості. Щоб це добре засвоїли студенти, необхідно було навести акушерські та судово-медичні (обов’язково!) критерії життєздатності немовляти.

У визначенні наглої (раптової) смерті (с. 119) відсутні чотири її головні ознаки. Бажано було нагадати студентам, що собою являє ішемічна хвороба серця, оскільки це поняття переважно клінічне, і який підхід повинен бути до її діагностики за морфологічними показниками. Це важливо, тому що на практиці існує гіпердіагностика цього захворювання, не підкріплена певними доведеннями. Раптова смерть при особливих обставинах викладена незадовільно. Нічого не сказано про наглу смерть у воді, під час занять фізкультурою і спортом, наглу смерть вагітних, несподівану смерть при наданні медичної допомоги (під час ін’єкцій, фізіотерапевтичних процедур, накладанні штучного пневмотораксу, дачі наркозу тощо). Раптова смерть дітей при особливих обставинах взагалі не висвітлена.

На с. 142 наведений приклад, який може бути яскравим показником того, як не можна в судовій медицині складати висновки щодо причини смерті: тут і гостра серцево-судинна недостатність (яка не доведена), і інфаркт міокарда, і тромбоз вінцевих артерій, і атеросклероз. Так від чого ж настала смерть? Вона настала від хвороби – загального атеросклерозу, що ускладнився тромбозом вінцевих судин і розвитком, у зв’язку з цим, інфаркту міокарда. Можна правильно трактувати цей випадок і по-іншому. Оскільки тромбоз і інфаркт міокарда є чіткими показниками гострої ішемічної хвороби серця, то можна зазначити: смерть гр. Х. настала від гострої ішемічної хвороби серця, що підтверджується тромбозом лівої вінцевої артерії і розвитком інфаркту міокарда. В обох варіантах принцип єдиний: причина смерті – хвороба, наслідок – її ускладнення. Саме такий підхід до трактування причини смерті буде зрозумілим не тільки студентам, але й слідчому, прокурору чи суду. У цьому питанні треба виходити зі завдань судової медицини, а не патологічної анатомії, і чітко визначитись. Ми зобов’язані дотримуватись положень ХХІХ Всесвітньої асамблеї охорони здоров’я, яка визначила, що причина смерті – це хвороба або травма, які викликали послідовність ряду хворобливих змін чи процесів, що призвели до смерті.

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

Фахівцям відомо, що третина всіх досліджень трупів і близько 90 % експертиз живих осіб припадає на травму, тобто судово-медична травматологія фактично складає основу судової медицини. Виходячи з цього, необхідно приділяти достатню увагу як у навчальному процесі, так і в підручнику, питанням судово-медичної травматології. На нашу думку, у даному підручнику судово-медична травматологія, особливо ушкодження тупими та гострими предметами, подані в конспективній формі і не відображають сучасного рівня розвитку науки. Автори пропонують свою, абсолютно нічим не обгрунтовану, класифікацію тупих предметів. Придумати чи назвати якісь форми тупих предметів можна без обмежень, бо їх є дуже багато. Для цього не треба володіти судово-медичними знаннями. У судово-медичній класифікації тупих предметів, розробленій і детально обгрунтованій А.І. Мухановим, зазначені ті з них, які можна діагностувати за певними морфологічними ознаками ушкоджень чи їх сукупністю. Автор 9-го розділу підручника не наводить жодної ознаки чи їх поєднання, за якими фахівець зміг би діагностувати криву, кутасту або шорстку форму чи поверхню тупого предмета тощо. У зв'язку з цим запропонована модифікація класифікації тупих предметів не потрібна, а тому вивчати її недоцільно.

Не рахуючись зі встановленими точними технічними науками п'ятьма видами деформації твердого тіла, від яких відбувається його руйнація (розтягнення, стиснення, згин, кручення, зсув), автор вводить таке поняття, як "взаємодія... по дотичній" (с. 147), не вказуючи, за якими ознаками її діагностують. До переломів кісток застосовуються давно застарілі терміни прямий і непрямий, хоча всім відомо, що антонімом слова прямий є кривий. Це ще раз підтверджує, що користуватись цими термінами не треба, бо вони вимагають додаткового пояснення. Замість них є сучасні терміни "місцевий" і "віддалений" переломи, які зрозумілі кожному з їх назви.

При характеристиці переломів ребер, увага зосереджена головним чином на механізмі ушкоджень, а діагностиці "прямих" і "непрямих" переломів уваги не приділено. В судово-медичній практиці саме за переломами – місцевий він чи віддалений – треба вирішувати питання про механізм травми грудей (був удар у груди чи мало місце їх стиснення). Не висвітлено, як визначити вид деформації довгих кісток кінцівок при їх пе-

реломах (згин, кручення, зсув), як встановити місце прикладання сили, тому що посилання на "площадку", східчасту зону та "гребні" (с. 152) без їх роз'яснення не тільки не допомагає студенту розібратись у механізмі перелому кістки, але й заважає цьому.

Окремий текст про черепномозкову травму позбавлений сутності судово-медичного визначення виду переломів кісток черепа, відсутні ознаки, за якими встановлюють вид тупого предмета, що спричинив місцевий перелом, а для практики судово-медичної експертизи це надзвичайно важливо. Зазначено, що черепномозкова травма допомагає встановити "час спричинення ушкоджень, особливості травмуючого фактора, силу дії ..." (с. 160). Як все це роблять – не вказано.

Колючі предмети поділені на конічні, плоскі, гранчасті і невизначеної форми (с. 191). А які характерні рани вони утворюють і як за властивостями цих ран визначити названі підгрупи колючих предметів у підручнику не наводиться. Судова медицина тим і відрізняється від інших медичних дисциплін, що вона "йде" від властивостей ушкоджень до предмета, а не навпаки. Ігнорується сучасна науково обгрунтована судово-медична класифікація колючих предметів, яка дає змогу за особливостями виявлених ран визначати властивості колючих предметів, що найважливіше для слідчих органів.

Не вказавши у класифікації стрілецької зброї (с. 196), яка з неї відноситься до зброї сильного, слабкого чи середнього бою, на с. 203 вживаються зазначені поняття, незрозумілі для студента. Недоречно застосований термін "цівка" замість "ствола" у вогнестрільній зброї, оскільки, крім багатьох різноманітних значень, далеких одне від одного, цівка – це і передня частина ложа рушниці, і ствол рушниці або іншої вогнепальної зброї, і передній отвір ствола такої зброї (див. "Новий тлумачний словник української мови" у 4-х томах. – Київ, 1998. – Т. 4. – С. 784).

Замість видів дії кулі на тканини тіла людини (с. 198) говориться про "пояси дії", що не відповідає смислу і механізму взаємодії снаряда і тканин, особливо при клиноподібній та контузійній дії кулі. Які "пояси" при цьому утворюються?

Термічна дія полум'я пострілу викладена без розмежування її на дію полум'я димного і бездимного пороху, яке, як відомо, має різного ступеня вираженості дію і об'єднувати їх недоцільно.

Немає сучасної класифікації відстаней пострілу, адже рівень розвитку судової балістики дає змогу чітко діагностувати ще й такі відстані, як частково впритул та дуже близьку. Необґрунтовано ознаки вхідної рани викладені разом із відстанями пострілу (с. 203-205). Рана має лише певну морфологічну характеристику, а відстань пострілу до неї не відноситься, це зовсім інше поняття. У зв'язку з такою накладкою автору довелося повторювати одні і ті ж ознаки вхідної рани при пострілі з близької і неблизької відстаней. Говорячи про ранові канали (с. 206), автор не вчить студентів, як визначати їх напрямком у тілі людини, якими вони бувають (поодинокими, подвійними і потрійними).

У судово-медичній травматології відсутній дуже важливий для вироблення лікарського мислення і непростий для сприйняття студентами матеріал про причини та генез смерті при ушкодженнях. В цілому судово-медична травматологія у підручнику не відображає самої сутності судової медицини, одним із завдань якої є встановлення групових, при можливості – видових ознак травмуючого знаряддя чи його властивостей, виходячи з особливостей ушкоджень.

Диференційна діагностика прижиттєвої і по смертної епідуральної гематоми на обгорілому трупі (с. 234) викладена не повністю. Принаймні, необхідно було перерахувати ще хоча б 5-6 ознак, за якими можна вирішити це питання при розтині трупа, вказавши на різну товщину прижиттєвої та посмертної гематоми, консистенцію, межі, зв'язок з твердою мозковою оболонкою, особливості мікроскопічної картини тощо. Не названі і не роз'яснені ознаки, що свідчать про потрапляння людини в полум'я живою. Щоб у студента залишились знання з цього важливого питання, необхідно було навести хоча б 7-8 таких ознак, оскільки не в кожному випадку вони одні і ті самі.

Невиправдано мало уваги приділено гострому отруєнню етиловим алкоголем (с. 292), яке складає в Україні більше половини від усіх випадків отруєнь з летальним кінцем. Необхідно було врахувати, що це питання, особливо морфологія та діагностика гострого отруєння, детально не вивчається на інших кафедрах.

Вважаємо, що з визначення тілесного ушкодження, наведеного на с. 305, потрібно вилучити біологічний фактор, оскільки у протиположному разі всі інфекційні хвороби, викликані біо-

логічними збудниками (бактеріями, вірусами тощо), необхідно визнавати тілесними ушкодженнями, що суперечить правилам логіки.

Студентів вчать, що легкі тілесні ушкодження поділяються на такі, що “спричиняють... незначну стійку втрату працездатності...” (с. 305, 312). Це суперечить диспозиції ст. 106 КК України, оскільки такого критерію в законі немає, а отже, ми не маємо ніякого права змінювати закон. Питання це принципове, відносно нього треба чітко визначитись. Згідно зі ст. 8 Конституції України, у нашій державі визнається і діє принцип верховенства права. Відповідно до цього принципу, правова держава будує свої відносини з особою і суспільством на основі правових актів, насамперед законів. Принцип верховенства права означає визначальну, провідну роль закону в правовій системі, зокрема в системі джерел права, його вищу юридичну силу щодо підзаконних актів, якими є різні правила, інструкції, директиви тощо.

Не “Правила” виокремлюють 6 ознак (точніше – юридичних критеріїв) тяжких тілесних ушкоджень, а закон, прийнятий Верховною Радою України, – тобто КК України, зокрема ст. 101. У законі мова йде про розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою працездатності не менше ніж на одну третину, а не “понад одну третину” (с. 305). Такі неточності в підручнику недопустимі. До чого ж тоді відноситься “на одну третину”? Не “переривання вагітності належить до тяжких тілесних ушкоджень” (с. 311), а травма чи ушкодження, що викликали переривання вагітності. У вченні про тяжкість тілесних ушкоджень нічого не сказано про особливості судово-медичної експертизи у випадках вчинення насильницьких дій, які завдали фізичного болю (ст. 107 КК України).

У тексті про статеву зрілість осіб жіночої статі (с. 316) неточно тлумачиться закон України, зокрема ст. 120 КК, де мова йде не про осіб жіночої статі, які “не досягли повноліття”, а про особу, яка не досягла статевої зрілості. Повноліття і статевая зрілість – не тотожні поняття, і треба допомогти студенту в цьому розібратись.

Визначення зґвалтування, що є в підручнику (с. 319), – “це статеві зносини без згоди потерпілої особи, якою може бути як жінка, так і чоловік, але переважно гвалтують жінок” не відповідає диспозиції ст. 117 КК України, де наведено

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

чітке визначення цього злочину. Підкреслимо, що у ст. 117 КК говориться тільки про потерпілу, тобто особу жіночої статі, а тому і зґвалтування стосується тільки жінок. Якщо автор хотів сказати, що бувають випадки “статевих зносин чоловіка з чоловіком, вчинених із застосуванням фізичного насильства, погрози або використання безпорадного стану потерпілого”, то такий злочин називається мужолозтвом (ст. 122 КК), про що й треба було написати.

Не можна погодитися з такою послідовністю викладення матеріалу у розділі XXIII, коли, не сказавши спочатку про несприятливі наслідки лікування, які більшість судових медиків і правознавців поділяють на 3 групи – лікарські помилки, нещасні випадки в медичній практиці і професійні правопорушення (злочини), наводиться порядок проведення комісійних експертиз у цих справах і лише згодом (с. 392) говориться про злочини медичних працівників, після чого знову йдеться про судово-медичну експертизу при розслідуванні “лікарських справ” (с. 401).

Замість того, щоб писати про службові злочини, як це зазначено в главі VII КК України, автор пише про посадові та господарські злочини (с. 398). Адже господарські злочини (глава VI КК) не стосуються медицини і судової медицини не мають (крім ст. 155²), оскільки передбачають кримінальне покарання за випуск недоброякісної продукції, злочиннонедбале зберігання техніки, зерна, виготовлення спиртних напоїв і торгівлю ними, обман покупців, замовників, порушення правил торгівлі, потрапу посівів, незаконну порубку лісу, незаконне полювання тощо.

Студенту необхідно роз’яснити, що таке службові особи (ст. 164 КК), оскільки медичні працівники в певних випадках можуть ними бути і, отже, нести кримінальну відповідальність за свої неправильні діяння, а також, що треба розуміти під службовими злочинами, проте цього в підручнику немає. Лікар не може нести відповідальність за ст. 167 КК України (халатність), якщо він не є службовою особою, а виконує лише свої професійні медичні обов’язки.

Посібник недостатньо ілюстрований малюнками, схемами, яскравими прикладами з судово-медичної практики. Незрозуміле і доповнення його тлумачним словником судово-медичних термінів.

Підручник саме тим і повинен відрізнитися від інших навчальних посібників, що в ньому наводять визначення і дають роз’яснення того, що підлягає вивченню. Тим більше, що в словнику є багато недоречностей: лікарська помилка (с. 428) – не цілком правильне не тільки визначення, але й покарання за неї; кераунографія (с. 438) не пов’язана з крововиливом під окістя; в удаваній (клінічній) смерті (с. 442) наведене визначення уявної, але не клінічної смерті. Визначення “новонароджена – дитина, яка має хоча б одну з ознак, притаманних плоду” (с. 445) принципово неправильне: а) для обґрунтування того, що дитина новонароджена, однієї ознаки недостатньо, можна помилитися, б) при наявності пуповини з чіткими ознаками демаркації біля пупкового кільця вже не можна говорити, що дитина новонароджена, хоча пуповина є і т.д. Органи дізнання (с. 447) – “органи, що проводять попереднє адміністративне (?) розслідування”. “Членовредительство” у перекладі на українською мовою – не самоушкодження (с. 467); розділення плескатої трубчастої кістки (с. 468) – плескатої чи трубчастої, чи тієї й іншої?; експертиза досліджує певні об’єкти, а не тільки обставини справи (с. 469) тощо.

Допущені значні розбіжності між текстом підручника і змістом словникових статей. Наприклад, зміст тексту (с. 54) і “Труп” у словнику (с. 145) і “Травматизм” (с. 164-167), “Наїзд” (с. 327-328), “Аборт” (с. 344-345), “Вік” тощо. В ньому виявлено більше 50 випадків плагіату – дослівного списування тексту без посилання на наукові джерела, автора певного визначення або оригінального формулювання словникової статті.

Тут коротко проаналізовані лише деякі недоліки підручника, які звертають на себе особливу увагу читача, бо недоопрацьовань у ньому значно більше. Певна вина в цьому рецензентів.

Отже, викладене вище вказує на невисокий професійний рівень цього посібника і неможливість рекомендувати його як підручник для студентів медичних навчальних закладів Ш-IV рівнів акредитації. Нечітке, місцями неправильне, довільне, не наукове тлумачення певних статей чи розділів КК України навряд чи дає підставу рекомендувати посібник як підручник і для студентів юридичних факультетів, що вивчають правознавство.

Зав. курсом судової медицини Тернопільської державної медичної академії ім І.Я. Горбачевського д.м.н., професор А.Х. Завальнюк