

функціональних обмеженнях, потребі в допоміжному обладнанні (ходунки, милиці, інвалідний візок), а також на якості самих рухів [3, с.98].

До I рівня належать діти у можуть ходити без допоміжних засобів (вік від 18 місяців до 4 років); починають освоювати біг та стрибки (4-6 років); бігають та підстрибують, але швидкість, рівновага та координація знижені (6-12 років).

При II рівні діти можуть сидіти на підлозі з опорою, повзати та "рачкувати" (у віці до 2 років); ходять використовуючи допоміжні засоби (2-6 років); не бігають та не стрибають (6-12 років).

Пацієнти з III рівнем можуть сидіти на підлозі при фіксації спини (до 2 років); можуть пройти незначну відстань, при використанні допоміжних засобів або допомоги дорослих для вибору напрямку ходи та для поворотів (2-6 роки); підіймаються сходами тримаючись за поручні або самостійно пересуваються у візку (6-12 років) [3, с.99].

На IV рівні діти можуть перевертатися з живота на спину та зі спини на живіт (до 2 років); можливе подолання малої відстані перекочуванням або повзанням на животі (з 2 до 4 років); можуть пройти декілька кроків з допоміжними засобами та під наглядом дорослих, самостійно пересуваються в електричних інвалідних візках (4-12 років).

Діти з V рівнем не можуть контролювати положення голови та тулуба і протидіяти силі тяжіння (до 2 років); некомпенсовані обмеження при сидінні та стоянні (у 2-6 років); тільки деякі досягають часткової мобільності, використовуючи високотехнологічні електричні інвалідні візки (6-12 років) [3, с.100]

Для визначення об'єктивного рівня функціональних можливостей пацієнтів на практиці використовують шкалу великих моторних функцій (GMFCS). Ця шкала має 88 пунктів для оцінки, які поділяються на 5 груп. Кожен з пунктів може мати 4 оцінки або позначку "НТ" - не тестувалося.

Оцінки дають розуміння того, як дитина виконує певні вправи, рухи та займає певні положення. Після оцінювання обчислюється відсоток за запропонованими формулами і в кінці можна отримати відсоток, який відображає звичайних функцій великих груп м'язів дитини.

Відмінність оцінок:

- Якщо оцінка 0 - це означає, що дитина не намагається виконати запроповану локомоцію.
- "1" - дитина починає виконувати рух або вправу.
- "2" - частково виконує.
- "3" - повністю виконує.

Мета нашого дослідження: впровадження використання шкали GMFCS для виявлення зміни рухових функцій у дітей з ДЦП з подальшою оцінкою динаміки реабілітаційних заходів.

В дослідженні прийняли участь 12 дітей віком від 2 до 18 років з ДЦП подвійною геміплегією, з них 5 дівчинок і 7 хлопців. При дослідженні учасники були розподілені на дві групи: у першій групі (8 учасників) пацієнти отримували курс лікування з підвісною терапією в кінезіотерапевтичній кабінеті («група лікування. Інша група (4 пацієнти) отримувала традиційні методи лікування без застосування кінезіотерапії («контрольна група»). Обстеження хворих включало аналіз анамнестичних даних; загальні клінічні та інструментальні дослідження. Для визначення об'єктивного рівня функціональних можливостей учасники були оцінені за шкалою GMFCS і отримали різні рівні, згідно системи класифікації великих моторних функцій. За отриманими результатами, згідно класифікації GMFCS, діти розподілені так: відсутні діти з I рівнем, дітей II рівня - 33,3%, з III рівнем - 25%, з IV рівнем - 25%, а дітей V рівня - 16,7%. Планується подальше динамічне обстеження пацієнтів після проведення курсів лікування для оцінювання ефективності реабілітаційних заходів.

Отже, результати діагностики стану дітей з ДЦП за шкалою GMFCS дозволили отримати оцінку рухових порушень та функціональних можливостей і диференціювати вихідний рівень за системою GMFCS. Використання шкали GMFCS можливе не тільки для первинного обстеження, але дозволяє відстежувати динаміку реабілітації у дітей з ДЦП, що сприятиме підвищенню ефективності курсу лікування та поліпшенню якості життя хворих дітей.

Список використаних джерел

1. Noritz G., Davidson L., Steingass K., Providing a Primary Care Medical Home for Children and Youth With Cerebral Palsy. *Pediatrics* (2022) 150 (6): e2022060055. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060055>.
2. Методи фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем / Сидорук І.О., Подольчак І.С., Ніколенко О.І. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation and Recreation)*. 2019 №5. С. 39-45.
3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 09.04.2013 №286.
4. Pakula AT, Van Naarden Braun K, Yeargin-Allsopp M. Cerebral palsy: classification and epidemiology. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2009 Aug; 20(3):425-52.
5. Система класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральним паралічем / О.О. Качмар та ін. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2008 №1(17), с. 90-93.
6. Основи реабілітації рухових порушень за методом Козьякіна / Козьякін В. И., Сак Н. Н., Качмар О. А., Бабадаглі М. А. Львів: НБФ «Українські технології», 2007. 192 с.

Рябоконе О.О., д.мед.н., проф., зав. каф
Корнієнко О.О. к.мед.н., доцент
Калашник К.В. PhD, доцент
Онщенко Т.Є., к.мед.н., доцент
Запорізький держ. мед-фармац. ун-тет
кафедра інфекційних хвороб

СУЧАСНІ ІНСТРУМЕНТИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

В умовах карантинних обмежень COVID-19 та започаткованого воєнного стану в Україні організація якісного освітнього процесу без хмарних технологій не постає можливим, а вибір освітньої дистанційної технології не має відрізнятися від традиційного. Так, у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті співробітники у якості інструменту для проведення як лекцій, так і практичних занять, засвоїли засоби MS Forms та

MS Teams пакету Office 365 для реалізації змішаної форми навчання з повною візуалізацією у синхронному онлайн режимі [1].

Фундаментальною ціллю сучасної базової медичної освіти є підготовка конкурентоспроможних фахівців міжнародного класу, що володіють не тільки навичками критичного мислення, а й здатних використовувати можливості всіх сучасних інформаційних комп'ютерних технологій, в тому числі дистанційних, для здобуття безперервних професійних знань. На клінічних кафедрах пошук та опанування засобів для напрацювання практичних навичок постало проблемним питанням, особливо з урахуванням географічних бар'єрів. Саме тому застосування у навчальному процесі інтерактивного симуляційного обладнання - Body Interact у на базі міжкафедрального тренінгового центру Запорізькому перед початком симуляції ознайомитися з актуальним наказом лікування COVID-19 в Україні [3]. Як демонструє практичний досвід із роботою з віртуальним державною медико-фармацевтичному університеті не викликало сумнівів[2].

Так, на кафедрі інфекційних хвороб можна група студентів, лікарів-інтернів та курсантів має доступ в онлайн режимі до Body Interact з відповідним до клінічної кафедри сценарієм. Дані для входу кафедра щороку отримує через запит у керівника «Міжкафедрального тренінгового центру ЗДМФУ» який супроводжує цей тип роботи. Для здобувачів освіти модератором кафедри розроблено інструкцію, де покроково та у скріншотах продемонстровано як саме зайти у програму, налаштувати її під себе (змінити мову інтерфейсу, одиниці виміру для деяких показників тощо), що підвищує якість взаємодії. Наприклад, за замовчуванням у програмі одиниці виміру рівню глюкози крові відображаються у міліграмах на децилітр, що є стандартним для закордонних лікарів та незвичним для вітчизняних.

Після усіх попередніх налаштувань, студент потрапляє до вкладення, в якому може побачити перелік пацієнтів із різним рівнем складності перебігу захворювання. Після запуску самого сценарію, студент бачить перед собою хворого та ряд маніпуляцій, що можна застосувати щодо нього. Наприклад, за допомогою вкладки «Діалоги» можна детально зібрати анамнез хвороби, анамнез життя, епідеміологічний анамнез та з'ясувати чи є у пацієнта алергії на препарати. Провести «Фізикальний огляд» за системами: дихальна, кровообіг, порушення функцій, анамнез. Вже на цьому етапі студент має скласти враження про те у якому стані перед ним зараз пацієнт та почати призначати «Аналізи» для з'ясування змін в організмі хворого та проводити «Втручання» для покращення та нормалізації цих змін. У вкладці Препарати («Medication») можна знайти велику кількість різних категорій препаратів. На просунутих рівнях складності їх 23, але згідно сценарію далеко не всі препарати використовуються для даного пацієнта. Наприклад, щоб дізнатися, що саме потрібно вводити хворому на коронавірусну хворобу, студентам пропонується пацієнтом, більша частина офіційних рекомендацій співпадає із закладеними у сценарії.

Після завершення роботи із віртуальним пацієнтом (успішно або неуспішно), здобувачам освіти пропонується встановити діагноз, правильність якого впливає на фінальну оцінку і складає приблизно 30% від неї. Після чого відкривається вікно брифінгу де можна подивитися які втручання були першочергові та обов'язкові, а які робити було необов'язково. Ця інформація дозволяє студентів при наступній спробі покращити результат та відпрацювати алгоритм обстеження, діагностики та лікування хворих.

Впровадження такого типу навчання, на нашу думку, дозволяє змінити роль викладача із «лектора» в «наставники» у такій рольовій грі, де він може направляти студента на шляху до удосконалення його практичних навичок. Таких підхід дозволяє підвищити зацікавленість студента, який починає задавати більше питань, звертається за допомогою у складних частинах сценарію, бачити наочно результат своїх призначень та втручань у безпечних умовах для віртуального пацієнта.

Висновки: Організаційні зміни, які відбулися у перед карантинні часи та наразі обумовлені запровадженням воєнним станом потребують впровадження змін у медичній освіті з використанням сучасних інтерактивних технологій при підготовці майбутніх лікарів. Використання Body Interact як інтерактивне стимуляційне обладнання надає можливість в онлайн режимі напрацювати чи удосконалювати знання й навички клінічного мислення у безпечних умовах, як для здобувачів освіти, так і для реальних пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Використання освітніх дистанційних технологій в карантинних умовах COVID-19 / Фурк О.О., Рябоконе О.В., Калашник К.В., Задрака Д.А. // Всеукраїнський науково-практичний журнал «Директор школи, ліцею, гімназії» - Спеціальний тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». № 2 –Кн.2 - Том II(87). – К.: - Гнозис, 2020. - С. 336-342.
2. Калашник К. В. Досвід використання віртуального пацієнта Bodyinteract™ на кафедрі інфекційних хвороб / К. В. Калашник, О. О. Фурк, О. В. Рябоконе // Освіта і здоров'я підліткової покоління : матеріали п'ятого міжнар. симпозіуму – Вип. 5. – К.: Алатон, 2023. – С. 70-72.
3. Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» від 22.02.2022 року №358 (https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/02/2020_762_protokol_covid19.pdf)

Сарданова Ю.І.

ПВНЗ «Київський медичний університет»

ВИКОРИСТАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ НА ЗАНЯТТЯХ З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ У ВИЩІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Перед викладачем іноземної мови постає питання підготовки освіченої особистості з розвинутим критичним мисленням та здатністю висловлюватись на англійській мові відповідно до професійного спрямування. Вирішення цього завдання передбачає використання інтерактивного методу навчання, а саме кейс-методу.

Іншими словами цей метод називається – методом аналізу ситуації та є одним з головних методів на заняттях англійської мови для студентів за професійним спрямуванням.

Вперше метод кейс-стаді був застосований в Гарвардській школі бізнесу в 1924 році. Він швидко набув популярності. Розроблений англійськими науковцями М. ШEVEROM, Ф. ЕДЕЙЕМ та К. ЕЙТС. СУРМІН, Е. МІХАЙЛОВА досліджують методологію, загальні поняття цього методу, типи кейсів і становлення цього методу в Україні [1]. Кейс-стаді відносно нова модель, що набула значної популярності в багатьох країнах, викликає значне