

рів за допомогою ефективних інноваційних педагогічних технологій, якими передбачається самостійна робота, дає змогу формувати і удосконалювати навички мислення високого рівня та навички критичного мислення за допомогою акцентування ключових та тематичних питань.

Таким чином, використання інформаційно-комунікаційних технологій навчання, в тому числі вебінарів, дає змогу гнучко реагувати на вимоги державних загальноосвітніх стандартів та зміст державних навчальних програм, набуття та удосконалення практичних навичок, які ґрунтуються на новітніх технологіях та знаннях; сприяють підвищенню конкурентноздатності на ринку праці в умовах сучасної економіки.

Література

1. Вдовиченко Ю.П. Андрагогічні підходи у післядипломній освіті / Ю. П. Вдовиченко, Л. Л. Давтян, Р. С. Коритнюк, О. Я. Роздорожнюк, А. О. Дроздова // Фармацевтичний журнал, 2014. – №2. – С.34 – 39.
2. Вороненко Ю. В. Современная философия трансфера знаний в последипломном медицинском образовании / Ю. В. Вороненко, О. П. Минцер, Д. Д. Иванов // Журнал «Почки». – 2012. – №2. – С. 15 – 16

3. Дроздова А. О. Методичне забезпечення навчального процесу при викладенні занять з провізорами-інтернами з курсу «Фармацевтична технологія / А. О. Дроздова // Всеукр. наук.-метод. відеоконференція з міжнар. участю «Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2014». 16-17 жовтня 2014 р. м. Запоріжжя. – 2014. – С. 91 – 93.

4. Патаракин Е. Д. Социальные взаимодействия и сетевое обучение 2.0 / Е. Д. Патаракин.// Москва: «Современные технологии в образовании и культуре», 2009. – 176 с.

5. Патаракин Е. Д. Социальные сервисы Веб 2.0 в помощь учителю // Е. Д. Патаракин.// Уч.-метод. пособие. – М.: Интуит.ру, 2006. – 64 с.

6. Соколова Л. В. Андрагогічний потенціал професійної освіти / Л. В. Соколова, Ю. П. Вдовиченко, Р. С. Коритнюк, Л. Л. Давтян // Медична освіта. – 2014. – № 3(68). – С.132 – 134.

7. https://download51.files.attachmail.ru/57E6B9DBDAE543C9B3CC0967F357FBC2/62401591cd26868f19693546d814fca1/VID_20160314_132121.3gp? Електроний ресурс.

УДК 37.091.26:[614.23:616-089-053.2]

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ТА ВМІНЬ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ

Корнієнко Г.В.¹, Дмитряков В.О.¹, Копилов Є.П.², Довбиш О.В.³

Запорізький державний медичний університет, Україна¹

Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня, Україна²

Запорізька міська багатопрофільна дитяча лікарня №5, Україна³

DOCTORS-INTERNS' PEDIATRIC SURGEONS PRACTICAL SKILLS ASSESSMENT METHODOLOGY

Kornienko G.B.¹, Dmitryakov V.O.¹, Kopylov E.P.², Dovbysh O.V.³

Zaporozhye State Medical University, Ukraine¹

Zaporozhye Regional Clinical Hospital, Ukraine²

Zaporozhye Local Multifunctional Children's Hospital № 5, Ukraine³

Резюме. Метою роботи є створення умов для більш об'єктивного оцінювання набутих практичних навичок лікарями-інтернами дитячими хірургами, в кінці кожного року навчання, що зазвичай проводиться базовим керівником сумісно з викладачами кафедри.

Запропонована методика передбачає додаток до щоденника інтерна, в якому він фіксує кількість зроблених практичних навичок та оперативних втручань і одночасно проводить «самооцінку» рівня своєї практичної підготовки. Традиційна оцінка практичних знань, яка поєднана з «самооцінкою» лікаря-інтерна, дозволяє зробити більш об'єктивний висновок про якість професійної підготовки майбутнього дитячого хірурга.

Ключові слова: дитяча хірургія, інтернатура, навчання, оцінка знань.

Resume. The target of work is the creation of conditions for a more objective assessment of the obtained practical skills by the children's surgeons doctors – interns in the end of every year of education which is usually held by the main supervisor together with the teachers of the department.

The offered methodology implies an addition to the intern's diary where he fixes a number of practical skills and

made operational interventions and where at the same time he carries a 'self-assessment' of his practical level preparation. A traditional assessment of the practical knowledge combined with the doctor-interns' self-assessment gives a possibility to make a more objective conclusion about the quality of the future doctor-intern professional preparation.

Keywords: pediatric surgery, internship, education, knowledge assessment.

Вступ. Згідно Програми інтернатури за спеціальністю «Дитяча хірургія»: «Основною метою та завданням інтернатури є набуття та вдосконалення професійних навичок з основних розділів дитячої хірургії...» [1]. Питанням практичної підготовки лікарів-інтернів потрібно приділяти належну увагу, тому що, приступаючи до самостійної діяльності, як свідчить досвід, вони часто відчують дефіцит практичних знань і навичок [2].

Професійні навички та вміння майбутні дитячі хірурги одержують і вдосконалюють, працюючи, здебільшого, у підрозділах практичної охорони здоров'я, у відділеннях базової лікарні [3]. Базовий цикл підготовки з кожним роком інтернатури стає тривалішим, а на третьому році він складає вже дев'ять місяців з одинадцяти.

Мета роботи. Досягнення більш об'єктивної оцінки практичної підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів під час їх навчання в інтернатурі.

Основна частина. Представляємо свою методику оцінки практичних навичок і вмінь у лікарів-інтернів дитячих хірургів, яка впроваджена на кафедрі дитячих хвороб (курс дитячої хірургії) Запорізького ДМУ.

Так, Програма підготовки пропонує «Перелік практичних навичок та оперативних втручань, якими повинен володіти лікар-інтерн дитячий хірург після закінчення інтернатури» [1]. Кафедрою дитячих хвороб, в межах своїх методичних повноважень, виконана відповідна робота по вдосконаленню, розширенню та адаптації цього «Переліку...» до вимог практичної роботи дитячого хірурга. В щоденник лікаря-інтерна внесено доповнення у вигляді додатку – «Перелік практичних навичок та оперативних втручань, якими оволодів лікар-інтерн дитячий хірург» (Циклова методична комісія з педіатричних дисциплін ЗДМУ від 29.08.2017р., протокол №1).

Принципова відмінність полягає в тому, що в кінці кожного року навчання лікар-інтерн обов'язково проводить «самооцінку» своїх практичних навичок та вмінь, які він, на його думку, засвоїв, заповнюючи при цьому відповідні графи в щоденнику. Самооцінка проводиться ним

за схемою, яка рекомендована Програмою підготовки: + *ознайомлений* (знає як, але сам зробити не може); ++ *засвоїв* (може зробити, але потребує допомоги більш кваліфікованого помічника); +++ *оволодів* (знає всі етапи, може організувати і зробити самостійно). В кожній графі інтерн також фіксує кількість виконаних оперативних втручань або практичних навичок – (К).

Таким чином, в своєму щоденнику лікар-інтерн в кінці кожного навчального року фіксує не тільки кількість виконаних практичних навичок та оперативних втручань, але одночасно здійснює самооцінку своїх вмінь, проставляючи певну кількість символів – (+). В кінці інтернатури щоденник лікаря-інтерна являє собою наочну ілюстрацію його професійного росту, а також відображає динаміку самооцінки своєї майстерності, як дитячого хірурга. Останню ми вважаємо вельми важливою і тому зупинимось на ній більш детально.

Відразу необхідно зауважити, що «самооцінка» інтерном своєї практичної майстерності обов'язково враховується при оцінюванні «практики» в кінці кожного року навчання, при оформленні даного розділу залікової книжки.

Для кращого розуміння запропонованої методики, яка впроваджена курсом дитячої хірургії кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, подаємо початок «Додатку до щоденника лікаря-інтерна дитячого хірурга» (Таб.1)

Таблиця 1

Додаток до щоденника лікаря-інтерна дитячого хірурга
ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ТА ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

якими оволодів лікар-інтерн дитячий хірург

(прізвище та ініціали лікаря-інтерна)

Назва практичної навички та операції	Необхідна ступінь оволодіння за три роки навчання, згідно Програми	Самооцінка лікарем-інтерном своїх практичних навичок та вмінь		
		за 1 рік К/+	за 2 рік К/+	за 3 рік К/+
ХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ				
Практичні навички				
Накладання давлучої пов'язки при відкритому пневмотораксі	+++			
Пункція плевральної порожнини	+++			
Бужування стравоходу після хімічного опіку (види бужування)	+			
Невідкладна допомога при опіках та відмороженнях	+++			
Пальцеве дослідження прямої кишки	+++			
Очисна клізма	+++			
Сифонна клізма	+++			
Пункція черевної порожнини	++			
Способи тимчасової зупинки кровотечі	+++			
Тампонада при носовій кровотечі (передня та задня тампонади)	++			
Введення зонда Блекмора (Sengstaken – Blakemore (SB))	++			
Способи остаточної зупинки кровотечі (механічні методи, фізичні методи, хімічні методи, біологічні методи)	+++			
Методи оцінки величини крововтрати	+++			
Визначення групи і резус-фактора крові	+++			
Проби при переливанні крові	+++			
Методика переливання крові із полімерного контейнера та флакону	+++			

Примітка: + ознайомлений, ++ засвоїв, +++ оволодів, К – кількість

Оцінювання професійного росту майбутнього дитячого хірурга, його практичної підготовки здійснюється в кінці кожного року навчання комісійно. Склад комісії наступний: завідувач циклу дитячої хірургії (професор), асистент кафедри (дитячий хірург) та базовий керівник лікарні. Оцінювання проводиться в присутності лікаря-інтерна дитячого хірурга за п'ятибальною шкалою знань.

Оцінка, виставлена педагогами університету та базовим керівником інтернатури, може співпадати з «самооцінкою» лікаря-інтерна, що здебільшого вказує на адекватну, зважену позицію интерна відносно своїх професійних здібностей, вміння реально зіставити свої здобутки з професійними навиками колег.

Коли оцінка комісії вища за рівень «самооцінки» интерна, ми маємо справу з зайвою скромністю майбутнього спеціаліста, його невпевненістю в своїх можливостях, невмінням використовувати в практичній діяльності навички і знання, які він уже отримав.

В тому разі, коли интерн оцінює свої професійні якості значно вище, чим педагогічна комісія – є наявним перебільшення своїх можливостей, другими словами, має місце самовпевненість, легковажне відношення до набуття нових знань і вмінь. Цей варіант самооцінки є небезпечним як для молодого спеціаліста, так і для його майбутніх пацієнтів.

Таким чином, визначаючи остаточну оцінку за «практику» в кінці інтернатури, комісія обов'язково звертає увагу на те, чи досягнута интерном належна ступінь оволодіння практичними навичками, яка задекларована Програмою підготовки, враховує його можливості, як молодого дитячого хірурга, спроможність подивитися на себе з боку і реально оцінити свої знання і навички, співвідносячи їх з рівнем професіоналізму колег по роботі.

Наше глибоке переконання в тому, що комісійне оцінювання в кінці кожного року навчання практичних навичок та вмінь лікарів-інтернів дитячих хірургів, доповнене «самооцінкою» самих інтернів, дозволяє мати більш об'єктивне уявлення про їх професійний ріст. Це дає можливість вносити корективи в їх практичну підготовку, давати поради як лікарям-інтернам, так і їх керівникам, по вдосконаленню методики викладання дитячої хірургії.

Співбесіда з лікарем-інтерном в кінці третього року інтернатури є заключним етапом оцінювання його як теоретичної, так і практичної підготовки. По результатам співбесіди, з урахуванням оцінок попередніх двох років навчання, приймається рішення про доцільність присвоєння звання лікаря-спеціаліста дитячого хірурга.

Висновки. – З метою більш об'єктивної оцінки прак-

тичної підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів в «Щоденник интерна» внесено доповнення, яке зобов'язує интерна щорічно проводити «самооцінку» набутих практичних навичок та вмінь.

- «Самооцінка» лікаря-інтерна обов'язково враховується при проведенні комісійного оцінювання його практичної підготовки в кінці кожного року навчання.

- Запропонована методика оцінки практичних навичок та вмінь у лікарів-інтернів дитячих хірургів дозволяє одержати більш реальне уявлення про рівень підготовки майбутнього дитячого хірурга, дає можливість, при необхідності, корегувати саму підготовку. Вона розвиває у лікарів-інтернів здатність до самоаналізу, заохочує їх постійно підвищувати свою професійну майстерність, стимулює здорову конкуренцію серед колег.

Література

1. Навчальний план та програма циклу інтернатури за спеціальністю «Дитяча хірургія» / Данилов О.А., Давиденко В.Б., Рибальченко В.Ф. та ін. // МОЗ України, НМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2013. – С. 6, 28-33.

2. Нагорная Н.В. Об опыте оптимизации обучения педиатров в интернатуре /Н.В. Нагорная, М.П. Лимаренко, Г.И. Баешко, В.Н. Сокол // Здоровье ребёнка. – 2008. – №3(12). – С. 26-29.

3. Никоненко О.С. Організаційні питання викладання хірургії у післядипломній освіті / Никоненко О.С., Шаповал С.Д., Дмитрієва С.М. // Український журнал хірургії. – 2011. – №6 (15). – С. 180–182.

References

1. Danylov O.A., Davydenko V.B., Rybal'chenko V.F. et al. (2013) Navchal'nyy plan ta prohrama tsyklu internatury za spetsial'nisty «Dytyacha khirurhiya» [The educational plan and a program of the «Childrens' surgery» specialization internship cycle] MOZ Ukrainy, NMAPO im. P.L.Shupika – Kyiv. 6: 28-33. (In Ukrainian)

2. Nagornaja N.B., Limarenko M.P., Baeshko G.E., Sokol V.N. (2008) Ob opyte optimizatsii obucheniya peditrov v internature [About the experience of the pediatricians' teaching in internship] Zdorov'e rebenka – The child's health. 3 (12): 26-29. (In Russian)

3. Nikonenko O.S., Shapoval S.D., Dmitrieva S.M. (2011) Orhanizatsiyni pytannya vykladannya khirurhiyi u pisylyadyploynniy osviti [The organizational questions of the surgery teaching in post-graduate education] Ukrayins'kyy zhurnal khirurhiyi – The Ukrainian surgery magazine. 6 (15): 180-182.

ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ ПІДХОДІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ФТИЗИАТРІВ

Кочуєва М.М., Крутько В.С., Сокол Т.В., Рогожин А.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Серед медико-соціальних проблем сучасності ключові позиції займає проблема коморбідності. Супутня патологія обтяжує перебіг основного захворювання, а останнє робить негативний вплив на прогноз супутнього. Цей феномен взаємного обтяження нерідко деформує типові ознаки хвороб, ускладнює оцінку їх динаміки і прогнозу, а сама коморбідність створює певні труднощі діагностики захворювання, що виникло на тлі основного.

Основна частина. У практиці фтизіатра одним з найбільш поширених варіантів коморбідності є поєднання туберкульозу (ТБ) легень з цукровим діабетом (ЦД). Найчастіше ТБ приєднується до ЦД, особливо при його важких формах (інсулінозалежний ЦД, некомпенсований ЦД, ЦД з судинними ускладненнями), при цьому зазвичай розвивається ТБ легеневої локалізації, прогресуючий з мізерною клінічною симптоматикою. Наявність цукрового діабету