

**Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького**



АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ОСВІТИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
присвячений 75-річчю кафедри
медицини катастроф та військової медицини
Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького



**Львів
2019**



**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ОСВІТИ**

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

*присвячений 75-річчю кафедри
медицини катастроф та військової медицини
Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького*

**ACTUAL PROBLEMS AND DEVELOPMENT PROSPECTS
OF MEDICAL SCIENCE AND EDUCATION**

COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS

*Dedicated to 75th Annivesary of the Department
of catastrophe medicine and military medicine
of Danylo Halytsky Lviv National Medical University*

Львів
2019

Lviv
2019

УДК: 378:001.61

Актуальні проблеми та перспективи розвитку медичної науки та освіти: зб. наук. праць, присвячений 75-річчю кафедри медицини катастроф та військової медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького / [упорядник : В.В. Гуменюк]. Львів, 2019. 235 с.

Редакційна колегія:

Чаплик В.В., кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри

Олійник П.В., доктор фармацевтичних наук, професор

Петрук С.О., кандидат медичних наук, Заслужений лікар України

Козопас В.С., кандидат медичних наук, доцент

Євстрат'єв Є.Є., кандидат фармацевтичних наук, доцент

Литвинчук В.Г., кандидат медичних наук

Жуковський В.С., кандидат медичних наук

Гуменюк В.В., кандидат педагогічних наук

Редагування англійською мовою; технічна верстка:

Гуменюк В.В., кандидат педагогічних наук

У збірнику наукових праць відомі дослідники, лікарі, педагоги-практики, молоді пошукувачі та працівники вищих закладів освіти висвітлюють сучасні теоретичні й практичні аспекти підготовки кваліфікованих медичних спеціалістів, обговорюють актуальні питання військової медицини та освіти, медичних проблем, пов'язаних з бойовими та небойовими наслідками надзвичайних ситуацій і військових конфліктів.

Статті збірника подано в авторській редакції. Повну відповідальність за достовірну інформацію несуть учасники, їх наукові керівники та рецензенти.

Видання розраховане на науковців і педагогів-практиків загальноосвітніх шкіл, професійно-технічних та вищих навчальних закладів, працівників інститутів післядипломної педагогічної освіти.

Упорядник:

Гуменюк В.В., кандидат педагогічних наук.

© Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2019

© Автори статей, 2019

ЗМІСТ *** CONTENTS

Чаплик Віктор Крижанівський Валентин Chaplyk Viktor Kryzhanivskyy Valentyn	ДО 75-РІЧЧЯ КАФЕДРИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ТА ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО TO THE 75 TH ANNIVERSARY OF THE DEPARTMENT OF CATASTROPHE MEDICINE AND MILITARY MEDICINE OF DANYLO HALYTSKY LVIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY	7
СУЧАСНИЙ СТАН ТА АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ТА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ		
Візір Вадим Деміденко Олександр Садомов Антон Vizir Vadym Demidenko Oleksandr Sadomov Anton	САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ВІЙСЬКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РАМКАХ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА» INDEPENDENT WORK OF STUDENTS IN TEACHING MILITARY THERAPY WITHIN THE DISCIPLINE “INTERNAL MEDICINE”	15
Зайцев Валерій Ілюк Ірина Владиченко Костянтин Zaitzev Valeriy Ilyuk Iryna Vladychenko Kostiantyn	АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ УРОЛОГІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ ТА ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ THE ACTUAL PROBLEMS AT TEACHING UROLOGY TO FOREIGN STUDENTS AND POSSIBILITIES OF EDUCATION OPTIMIZING	19
Гуменюк Василь Humeniuk Vasyl	ДЕФІНІТИВНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ «ІНОЗЕМНИЙ СТУДЕНТ» DEFINITIVE ANALYSIS OF THE CONCEPT “A FOREIGN STUDENT”	25
Колісник-Гуменюк Юлія Kolisnyk-Humeniuk Yuliya	ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ FEATURES OF PROFESSIONAL ETHICS FORMATION	32
Штанько Василь Перепелиук Микола Тихонова Сусанна Хижняк Олена Холопов Леонід Новіков Сергій Shtanko Vasyl, Perepeliuk Mykola Tykhonova Susanna Khyzhnyak Olena Kholopov Leonid Novikov Serhiy	ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ТА КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ З ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ МИРНОГО ЧАСУ В МЕЖАХ ВИКЛАДАННЯ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ СТУДЕНТАМ 5 КУРСУ SKILLS AND COMPETENCIES FORMATION FOR THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN PEACETIME EMERGENCIES WITHIN THE FRAMEWORK OF THE TEACHING OF MILITARY MEDICINE FOR 5 TH YEAR STUDENTS	38
Мацеевская Юлия Пантази Владислав Демочко Анна Matsievskaya Yuliya Pantazi Vladyslav Demochko Anna	СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ВОЕННО- МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ CURRENT STATE AND ACTUAL PROBLEMS OF MEDICINE AND MILITARY-MEDICAL EDUCATION	42

НОВІТНІ ПІДХОДИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ (ПРОВІЗОРІВ)		
<i>Александрова К. В. Крісанова Н. В. Рудько Н. П. Aleksandrova K. V. Krisanova N. V. Rudko N. P.</i>	АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЯКІСНОГО НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ВИКЛАДАННІ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ НА МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТАХ У ЗВО УКРАЇНИ CURRENT PROBLEMS OF QUALITY EDUCATIONAL PROCESS FORMATION IN THE STUDY OF BIOLOGICAL CHEMISTRY AT THE MEDICAL FACULTIES OF UNIVERSITIES IN UKRAINE	45
<i>Кузьміна Ірина Сафаргаліна-Корнілова Надія Kuzmina Iryna Safargalina-Kornilova Nadiya</i>	СУЧАСНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДИКИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ MODERN PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES AND TRAINING METHODS FOR FUTURE DOCTORS	50
<i>Куц О.Г. Жернова Н.П. Степанова Н.В. Сухомлінова І.Є. Тихоновська М.А. Морозова О.В. Омелянчик В.М. Бессараб Г.І. Kushch O.H. Zhernova N.P. Stepanova N.V. Sukhomlinova I.Ye. Tykhonovska M.A. Morozova O.V. Omelianchuk V.M. Bessarab H.I.</i>	НОВІТНІ ФОРМИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ ФІЗІОЛОГІЯ NEWEST FORMS OF STUDENTS' INDEPENDENT WORK AND ITS EFFICIENCY AT STUDYING PHYSIOLOGY	55
<i>Макуріна Галина Makurina Halyna</i>	СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЦИНІ, МОЖЛИВІСТЬ ЇХ ІНТЕГРУВАННЯ З СИСТЕМАМИ ЦИФРОВОЇ ДІАГНОСТИКИ MODERN INFORMATIONAL TECHNOLOGIES IN MEDICINE, POSSIBILITY OF THEIR INTEGRATING WITH DIGITAL DIAGNOSTIC SYSTEMS	59
<i>Рахимов Серик Ажикулов Рахман Rakhimov Serik Azhikulov Rakhman</i>	НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПОДГОТОВКЕ РЕЗИДЕНТОВ ПО ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ (КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ) INNOVATION APPROACHES IN POST-GRADUATE RESIDENTS ON TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS	64
<i>Щербина Микола Курічова Наталія Скорбач Олена Shcherbyna Mykola Kurichova Nataliya Skorbach Olena</i>	НОВІ ПІДХОДИ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ОВОЛОДІННЯ МЕДИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ NEW APPROACHES IN PREPARATION OF FUTURE DOCTORS TO HANDLE MEDICAL EQUIPMENT	70
<i>Головкін Анатолій Holovkin Anatoliy</i>	МОЖЛИВОСТІ ДІЛОВИХ ТА НАВЧАЛЬНИХ ІГОР У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗВО OPPORTUNITIES OF BUSINESS AND EDUCATIONAL GAMES IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL UNIVERSITIES STUDENTS	74

<i>Драло́ва Олександра</i> <i>Усачова Олена</i> <i>Конакова Ольга</i> <i>Пахольчук Тетяна</i> <i>Сіліна Єлизавета</i> <i>Dralova Oleksandra</i> <i>Usachova Olena</i> <i>Konakova Olha</i> <i>Pakholchuk Tetyana</i> <i>Silina Yelyzaveta</i>	СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У МЕДИЧНОМУ ЗВО MODERN FEATURES OF TEACHING CHILDREN'S INFECTIOUS DISEASES IN MEDICAL UNIVERSITY	78
<i>Єренко Олена</i> <i>Смойловська Галина</i> <i>Хортецька Тая</i> <i>Yerenko Olena</i> <i>Smoylovska Halyna</i> <i>Khortetska Taya</i>	СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ STATE AND PROSPECTS OF IMPROVEMENT OF TRAINING OF PHARMACEUTICALS	86
<i>Іванькова Наталія</i> <i>Строїтелева Ніна</i> <i>Ivankova Nataliya</i> <i>Stroiteleva Nina</i>	АДАПТИВНИЙ КОНТЕНТ НАВЧАННЯ З МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ ADAPTIVE CONTENT FOR MEDICAL INFORMATICS TRAINING	90
<i>Лихасенко Іветта</i> <i>Лукашенко Ланна</i> <i>Lykhasenko Ivetta</i> <i>Lukashenko Lanna</i>	ВДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОПЕДЕВТИКИ IMPROVING STUDENTS' INDEPENDENT WORK AT THE DEPARTMENT OF MULTIMODAL DIAGNOSTIC AND PROPEDEUTIC	93
<i>Каблуков Андрій</i> <i>Мурзіна Олена</i> <i>Kablukov Andriy</i> <i>Murzina Olena</i>	ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ IMPROVING THE EFFICIENCY OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY	96
<i>Різнюк Ольга</i> <i>Закусилова Тетяна</i> <i>Riznyk Olha</i> <i>Zakusylova Tetiana</i>	КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ COMPETENCY-BASED APPROACH IN MEDICAL EDUCATION	100
<i>Савка Юліанна</i> <i>Сливка Ярослава</i> <i>Savka Yulianna</i> <i>Slyvka Yaroslava</i>	НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОФІЗІОЛОГІЇ EDUCATIONAL AND METHODOLOGICAL SUPPORT OF STUDENTS' INDIVIDUAL WORK AT THE DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY	103
<i>Скляр Сергій</i> <i>Іванов Олексій</i> <i>Черепакха Юрій</i> <i>Sklyar Serhiy</i> <i>Ivanov Oleksiy</i> <i>Cherepakha Yuriy</i>	ВИКОРИСТАННЯ МНЕМОНІЧНИХ СИЛОГІЗМІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСВОЄННЯ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ НА ЗАНЯТТЯХ ЗІ СТУДЕНТАМИ ПРИ ВИВЧЕННІ ПІДГОТОВЧОГО ЕТАПУ ДО ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПОСТРАЖДАЛОГО НА МІСЦІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ THE USE OF MNEMONIC SYLLOGISMS TO INCREASE THE EFFICIENCY OF MASTERING TRAINING MATERIAL IN CLASSES WITH STUDENTS IN THE STUDY OF THE PREPARATORY STAGE FOR THE INITIAL EXAMINATION OF THE VICTIM AT THE SCENE OF AN EXTREME SITUATION	107

Андросов Олексій <i>Androsov Oleksiy</i>	ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗРОБКИ ОНЛАЙН КУРСІВ ДЛЯ НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСУ ЗДМУ MAIN STAGES OF DEVELOPING ONLINE COURSES FOR THE EDUCATIONAL PROCESS OF ZSMU	112
Драбкова Анастасія Стукач Марія Макеєнко Валентин <i>Anastasiya Drabkova</i> <i>Stukach Maria</i> <i>Makeenko Valentin</i>	ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ИЗ РАЗНЫХ СТРАН К СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ FEATURES OF ADAPTATION OF STUDENTS FROM DIFFERENT COUNTRIES TO THE SYSTEM OF HIGHER MEDICAL EDUCATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS	117
МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ		
Щербина Ірина Нагута Людмила Кузьміна Ольга <i>Shcherbyna Iryna</i> <i>Naguta Liudmyla</i> <i>Kuzmina Olha</i>	АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ TOPICAL ISSUES OF IMMEDIATE ASSISTANCE IN ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	125
Шпильовий Ярослав Рахман Людмила Плевачук Оксана <i>Yaroslav Shpylovyy</i> <i>Lyudmyla Rakhman</i> <i>Oksana Plevachuk</i>	ПСИХОТРАВМУЮЧІ ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У КАТЕГОРІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ УКРАЇНИ PSYCHO-TRAUMATIC FACTORS AND THE PECULIARITIES OF THE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING OF INTERNALLY DISPLACED PEOPLE IN UKRAINE	128
Козопас Віктор <i>Kozopas Viktor</i>	ОЦІНКА ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПОШКОДЖЕННЯМ КІСТОК ТАЗА EVALUATION OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT MANAGEMENT OF PRE-HOSPITAL CARE TO PATIENTS WITH DAMAGES OF PELVIC BONES	134
Жуковський Володимир Чаплик Віктор Гуменюк Василь <i>Zhukovskyy Volodymyr</i> <i>Chaplyk Viktor</i> <i>Humeniuk Vasyl</i>	ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ SELECTION OF TREATMENT METHOD AT LIVER DAMAGES	141
Чаплик Віктор <i>Chaplyk Viktor</i>	НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРОМУ ПОШКОДЖЕННІ НИРОК URGENT MEDICAL CARE IN ACUTE KIDNEY INJURY	147
Литвинчук Володимир <i>Lytvynchuk Volodymyr</i>	ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З СИНДРОМОМ ТРИВАЛОГО ЗДАВЛЕННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ PECULIARITIES OF MEDICAL CARE FOR VICTIMS WITH CRUSH-SYNDROME ON PREHOSPITAL STAGE	154

ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА		
Шматенко Олександр Кучмістова Олена Соломенний Андрій Кучмістов Віктор Shmatenko Oleksandr Kuchmistova Olena Solomennyi Andriy Kuchmistov Viktor	УНІФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ЗІ ЗНАЧНИМ СИРОВИННИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ UNIFICATION OF MEDICINAL HERBS OF TERNOPIL REGION WITH SIGNIFICANT RAW MATERIAL POTENTIAL FOR NEEDS OF MILITARY MEDICAL SERVICE	158
Скляр Сергій Іванов Олексій Оділов Руслан Латишев Віталій Sklyar Serhiy Ivanov Oleksiy Odilov Ruslan Latyshev Vitaliy	ФАНТОМНО-БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ – ПЕРСПЕКТИВА, ЩО ПОСТАЄ ПЕРЕД ЛЮДИНОЮ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ В РЕЗУЛЬТАТІ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ PHANTOM-PAIN SYNDROME – A PERSPECTIVE FOLLOWING A MAN AFTER AN AMPUTATION OF THE LIMBS IN THE RESULT OF MINE-BLAST INJURY	166
Данілевська Наталя Danilevska Natalia	СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТАЦІЙНИЙ ПІСЛЯБОЙОВИЙ СИНДРОМ ЯК ПРОЯВ ВІДСТРОЧЕНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ SOCIALLY-MALADAPTATION POST-COMBAT SYNDROME AS A MANIFESTATION OF THE LONG- TERM CONSEQUENCES OF PARTICIPATION IN HOSTILITIES	172
Казаков Віталій Kazakov Vitaliy	СЕМІОТИЧНІ ТА СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ МУЛЬТИМОРБІДНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО (ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧНОГО) ТА ЕНДОГЕННО- ОРГАНІЧНОГО (СУДИННОГО) ГЕНЕЗУ SEMIOTIC AND STRUCTURAL FEATURES OF MULTIMORBID PSYCHOPATHOLOGICAL STATES OF EXOGENIC-ORGANIC (CEREBROTRAUMATIC) AND ENGOGENIC-ORGANIC (VASCULAR) GENESIS	177
Гербіш Юрій Семчишин Ігор Панченко Віталій Дмитрах Оксана Семенюк Олександр Herbish Yuriy Semchyshyn Ihor Panchenko Vitaliy Dmytrach Oksana Semenyuk Oleksandr	ДОСВІД ХІРУРГІЧНОЇ СПІВПРАЦІ ІЗ КАНАДСЬКОЮ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЮ КОМАНДОЮ ФАХІВЦІВ EXPERIENCE OF SURGICAL COOPERATION WITH THE CANADIAN MULTIDISCIPLINARY TEAM OF SPECIALISTS	183
Януль Олександр Силівончик Наталія Yanul Aleksandr Silivontchik Natalia	КУРЕНИЕ – ОДИН ИЗ ВЕРОЯТНЫХ И УСТРАНИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЭРОЗИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЕПСИЕЙ SMOKING IS ONE OF THE PROBABLE AND ELIMINABLE RISK FACTORS OF GASTRODUODENAL EROSION IN PATIENTS WITH DYSPEPSIA	186

Тімченко Євген Олійник Петро Євстрат'єв Євген Timchenko Yevhen Oliynyk Petro Yevstratiev Yevhen	ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT AND REHABILITATION OF MILITARY MEDICAL SERVICE PERSONNEL	193
Гула Інна Hula Inna	ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ PROBLEMS OF MILITARY MEDICINE IN UKRAINE AND WAYS OF SOLUTION IN CURRENT CONDITIONS OF ARMED CONFLICT	199
Варава Петро Varava Petro	МЕДИКО-ТАКТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІМІЧНИХ ВОГНИЩ. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УРАЖЕНИМ MEDICAL AND TACTICAL CHARACTERISTICS OF CHEMICAL LOCUSES. MAIN PRINCIPLES OF ORGANISATION AND GIVING MEDICAL CARE FOR VICTIMS	203
МЕДИЧНЕ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ		
Хомутецька Наталія Голуб Андрій Khomutetska Nataliya Holub Andriy	ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ АПТЕК ІНФУЗІЙНИМИ РОЗЧИНАМИ У ПОЛЬОВИХ УМОВАХ PROVIDING OF MILITARY PHARMACIES BY INFUSION SOLUTIONS IN THE FIELD	213
Вороненко Дмитро Олійник Петро Voronenko Dmytro Oliynyk Petro	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОТИРАДІАЦІЙНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ЗОН СПОСТЕРЕЖЕННЯ АТОМНИХ ЕЛЕКТРИЧНИХ СТАНЦІЙ MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ANTI-RADIATION PROTECTION OF POPULATION OF ATOMIC ELECTRICAL STATION SURVEILLANCE ZONES	220
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ		
Лехмак Ярослав Кубарєва Інна Карпенко Лілія Lekchmak Yaroslav Kubarieva Inna Karpenko Liliya	ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ LEGAL REGULATION OF HUMANITARIAN AID IN UKRAINE	224
Талецкая Наталья Мишкин Інґа Taletskaaya Natalia Mishkin Inga	СОВРЕМЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ГЕРМАНИИ И ФРАНЦИИ MODERN HEALTHCARE IN GERMANY AND FRANCE	231

УДК 614.88:0.16

Чаплик Віктор,
канд.мед.наук, доцент, завідувач кафедри
Крижанівський Валентин,
полковник у відставці, викладач
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

ДО 75-РІЧЧЯ КАФЕДРИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ТА ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Анотація. Наведена історія кафедри медицини катастроф та військової медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Показані основні здобудки та проблеми кафедри впродовж 75-ти років. Підкреслено, що впродовж всього періоду усіма поколіннями працівників кафедри якісно і зразково виконувалось основне завдання кафедри - гідна підготовка студентів та офіцерів медичної служби запасу.

Ключові слова: кафедра, викладачі, навчальний процес, студенти, офіцери медичної служби запасу.

Chaplyk Viktor,
PhD (Medical sciences), Associated Professor, Head of the department
Kryzhanivskyy Valentyn,
Colonel retired, teacher
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv national medical university
Lviv, Ukraine

TO THE 75TH ANNIVERSARY OF THE DEPARTMENT OF CATASTROPHE MEDICINE AND MILITARY MEDICINE OF DANYLO HALYTSKY Lviv NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Abstract. TheIn the article the history of the catastrophe and military medicine department of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University is presented. The main achievements and problems of the department during 75 years of its existence are shown. It was emphasized that within this period of time the main task of the department such as the skilled preparation of students and officers for the medical reserve service has been performed on a qualitative level by all generations of the staff of our department.

Keywords: department, teachers, educational process, students, reserve medical officers.

Військова кафедра Львівського державного медичного інституту була організована у вересні 1944 року, очолив організацію кафедри і

комплектування викладацького складу кандидат військових наук, **майор Кучерук А.Д.**, який був досвідченим організатором і науковим працівником. Викладацький склад кафедри комплектувався офіцерами, які пройшли фронти Великої Вітчизняної війни і мали великий досвід організації медичного забезпечення військ.

Важливе значення для становлення кафедри, як методичного центру з підготовки офіцерів медичної служби запасу, мав правильний підбір професорсько–викладацького складу з педагогічними здібностями, схильністю до наукової роботи та з урахуванням практичного досвіду роботи у військах. Саме тому створення кафедри і формування колективу викладачів було доручено начальнику санітарного управління Львівського військового округу, **генерал–майору медичної служби Іцкіну М.С.**, який виконував обов’язки начальника кафедри з травня 1945 року до серпня 1946 року. З 15 серпня 1946 року до грудня 1946 р. ці обов’язки виконував начальник санітарного управління Львівського військового округу **генерал–майор м/с Маслов Л.Р.**

Після завершення періоду створення і організації роботи кафедри, на посаду начальника кафедри був призначений **полковник м/с Чепелєв А.Д.**, який очолював кафедру з 1946 до 1951 року. За час керівництва кафедрою полковника м/с Чепелєва А.Д., продовжувався період вдосконалення матеріально–технічної бази, розробки методичних посібників і наочного приладдя. Вже у 1948 році на практичних заняттях, як бачимо з наочної агітації та фотографій, що збереглась з того часу, використовувались навчальні макети місцевості з нанесеною тактичною обстановкою і професійно виготовлені навчальні таблиці та схеми. Особливістю організації навчального процесу в той час було те, що майже 90 % студентів були фронтовиками і не на словах, а на практиці знали, що таке війна і яке значення має в ній військова медицина.

З 1951 до 1953 року кафедру очолював **полковник м/с Груздєв А.І.**, а з 1953 до 1958 року на посаду начальника кафедри був призначений **полковник м/с Чопоров П.А.**, який до цього займав посаду начальника медичної служби групи військ.

П.А. Чопоров, 1901р. народження, уже з 1919 року був в лавах РККА, а у 1934 р. закінчив Військово–медичну академію та послідовно проходив службу як організатор медичного забезпечення військ на посадах старшого лікаря кавалерійського полку, дивізійного лікаря, а у роки війни — на посадах заступника начальника медичної служби Сталінградського, а потім 4-го Українського фронтів. У повоєнні роки Чопоров П.А. працював

на посадах заступника начальника медичної служби Львівського військового округу і начальником медичної служби групи військ. Великий досвід організації медичного забезпечення військ як у воєнний, так і в мирний час, педагогічні здібності дозволили полковнику Чопорову П.А. організувати роботу кафедри на високому методичному і педагогічному рівні. Після звільнення з лав Збройних сил він працював асистентом кафедри епідеміології та заступником декана лікувального факультету Львівського медінституту до 1965 року.

З липня 1958 року начальником кафедри був призначений **полковник м/с Телятьєв І.В.**, кандидат медичних наук, колишній заступник начальника кафедри з військових дисциплін та організації медичного забезпечення військ військово–медичного факультету Куйбишевського медичного інституту. Закінчивши в липні 1938 року 1-й Ленінградський медичний інститут, вже в серпні 1938 року Телятьєв І.В. був призначений молодшим лікарем 149 стрілецького полку, потім - старший лікар 461 стрілецького полку, командир 156 окремого медико–санітарного батальйону Ленінградського фронту. У 1942–1943 роках, всього через 4 роки після закінчення інституту, Телятьєв І.В. дивізійний лікар, а з 1943 року і до кінця війни — корпусний лікар 30 стрілецького корпусу I, II, III та IV Українських фронтів. Закінчивши у 1947 році I-й факультет Військово-медичної академії ім.С.М.Кірова, Телятьєв І.В. залишається на викладацькій роботі в академії, захищає кандидатську дисертацію, а з 1953 року працює на військово–медичному факультеті Куйбишевського медінституту. Таким чином, на посаду начальника кафедри вперше був призначений офіцер, який мав достатній досвід викладацької та наукової роботи в авторитетних військово–медичних навчальних закладах.

З 1961 до 1972 року кафедру очолював **полковник м/с Шкредов М.О.**, основні зусилля якого були направлені на неухильне виконання Статутів Збройних Сил, вимог Програми підготовки офіцерів медслужби запасу, високу методичну підготовку викладацького складу. Ним були значно підвищені вимоги до рівня знань студентів і їх практичних навиків, особливо з загальновійськової підготовки і тактики медичної служби. Це було пов'язано з тим, що значна кількість випускників відразу після закінчення інституту призивались на дійсну військову службу в якості офіцерів медичної служби, так званих “двохрічників”. Ґрунтовна підготовка на військовій кафедрі дозволяла їм виконувати свої обов'язки на рівні випускників військово–медичних факультетів. Переважна більшість “двохрічників” залишились в лавах

Збройних Сил і стали кадровими офіцерами медичної служби. До них належать і ряд офіцерів–викладачів, які в свій час працювали на кафедрі.

У 1972 році начальником кафедри був призначений **полковник м/с В.М. Перепеліцин**, який до цього займав посаду начальника 1120 окружного військового госпіталю. Продовжуючи і розвиваючи традиції відносно вимогливості до рівня знань студентів, полковник м/с Перепеліцин В.М. звертав особливу увагу на методичну підготовку і педагогічну майстерність викладачів. З його ініціативи відкриті заняття, які проводив кожний викладач 2 рази на рік, стали одним із методів контролю підготовленості викладачів до занять та школою їх методичної і педагогічної майстерності. З ініціативи полковника м/с Перепеліцина В.М. в підвальному приміщенні кафедри був розгорнутий навчальний медичний пункт полку (МПП) для проведення практичних занять зі студентами, були розроблені і виготовлені ряд електрифікованих макетів МПП, що дозволило значно підвищити ефективність проведення практичних занять і ґрунтовність підготовки студентів.

У період з 1982 до 1987 року кафедру очолював доктор медичних наук, **полковник медичної служби І.Т. Сущенко**. Основними напрямками його діяльності було зміцнення і розширення матеріально–технічної бази кафедри, інтенсифікація навчального процесу і розширення наукової діяльності викладачів. З його ініціативи була побудована будівля арочного типу площею 450 м² для розгортання медичного пункту полку в наметах та демонстрації медичної і санітарної техніки.

У 1987 році начальником кафедри військово–медичної підготовки був призначений **полковник медичної служби В.Я. Байдін**, який прийшов на кафедру з посади начальника медслужби 24 мд 13 загальновійськової армії Прикво. У період становлення незалежності України, коли ряд кафедр військової підготовки медичних вищих навчальних закладів були розформовані, основні зусилля полковника медслужби В.Я. Байдіна та колективу кафедри були направлені на збереження і підтримання на належному рівні навчально–матеріальної бази, розробку навчальних посібників і навчально–методичної літератури українською мовою.

Після реорганізації у 1996 році кафедра військово–медичної підготовки перейменована на кафедру екстремальної і військової медицини. Були розроблені, виготовлені і впроваджені у навчальний процес ряд навчальних електрифікованих стендів, отримані нові навчальні комплекти медичного майна, оновлено оснащення навчального медичного пункту полку в підвальному приміщенні кафедри та розгорнутий

навчальний медичний пункт полку у наметах у спеціально збудованій арочній будівлі площею 450 м².

На кафедрі викладалося п'ять дисциплін (загально-військова підготовка (ЗВП) та загальна тактика (ЗТ); організація медичного забезпечення в умовах надзвичайного стану; токсикологія, радіологія і медичний захист; організація забезпечення військ медичним майном в умовах надзвичайного стану; медицина катастроф). Для цього були створені чотири предметно-методичні групи: “ЗВП та ЗТ”, “Організація медичного забезпечення при надзвичайних станах”, “Токсикологія, радіологія і медичний захист”; “Організація забезпечення військ медичним майном в умовах надзвичайного стану” та “Медицина катастроф” [1]. Необхідна навчально-методична документація була розроблена у кожній предметно-методичній групі з усіх навчальних тем. Навчальні заняття були сплановані згідно розкладу занять за семестрами з усіх викладаємих дисциплін та тижневими планами. Самостійна робота передбачалася у межах двох годин на добу в зручний для студентів час.

У ці роки викладачами кафедри екстремальної і військової медицини ЛДМУ спільно з Комітетом з наркотиків МОЗ України була розроблена і впроваджена у практику охорони здоров'я інформаційно-пошукова система на базі ЕОМ «Наркотичні і психотропні засоби», яка містила більше 3000 синонімів наркотичних анальгетиків і психотропних речовин.

Розроблена викладачами кафедри методика лікування гострої ниркової недостатності із застосуванням простагландину Е₂, дозволила скоротити терміни лікування хворих із 32 до 23 діб і знизити летальність із 45 % до 10,8 %. Методика була впроваджена у практику охорони здоров'я. Кафедра тісно співпрацювала з Львівським науково-дослідним інститутом автомобілебудування у напрямі використання автобусів Львівського автобусного заводу (ЛАЗ), як евакуаційних засобів в умовах надзвичайних станів. Викладачами кафедри було проведено експериментальне дослідження евакуаційних можливостей експериментального зразка автобуса ЛАЗ.

Тісно налагоджена співпраця з медичною службою обласного управління з надзвичайних ситуацій з питань вивчення ресурсних можливостей Львівської області сприяла підготовці та виданню методичних рекомендацій щодо надання медичної допомоги та лікування ураженого населення у випадку надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру. Створена міжкафедральна лабораторія радіаційної

медицини проводила дослідження радіоактивного забруднення території природного заповідника “Шацькі озера” у Волинській області.

Персонал кафедри утримувався за кошторисом Міністерства охорони здоров’я та Міністерства оборони України. На кафедрі здійснювалося планування, організація і проведення всіх видів занять, поточний та підсумковий контроль, а також організована робота щодо проведення навчальних зборів на базі Львівського гарнізону (62 окремий батальйон служби військ, ЗахОК). Комплексний випускний іспит з військово-медичної підготовки, зокрема у 2001/2002 навчальному році, складав 704 чоловік, що становили 97% від загальної кількості студентів.

З 1995 по 2002 роки кафедрою підготовлено та направлено на навчання в Українську військово-медичну академію значну кількість студентів (див.таблицю 1).

Таблиця 1

Рік випуску	Кількість	Чоловіки	Жінки	Направлено до Української ВМА/Зараховано
1995 р.	491	201	290	23/12
1996 р.	609	243	366	27/19
1997 р.	550	264	286	29/21
1998 р.	466	223	243	16/14
1999 р.	418	176	242	33/23
2000 р.	650	238	412	30/8
2001 р.	587	228	359	27/14
2002 р.	752	272	480	25/15

У лютому 2003 року, після реорганізації, кафедра екстремальної і військової медицини перейменована на кафедру медицини катастроф і військової медицини. Віддамо повагу та шану викладацькому та допоміжному складу кафедри у ті роки, зокрема: полковникам медичної служби Байдіну В.Я., Чаплику В.В., Марченку П.І., Олійнику П.В., Кузьменку В.Ф., Каторгіню Г.Т., Куценку В.М., Пилипіву Я.І., Смалю І.М., підполковникам медичної служби Садлію В.В., Вараві П.О., Пастушенку О.А., Троцюку А.Я., Бурді Б.А., Рудю В.І., викладачам: Мироненку Ю.Ф., Ткачишину В.В., Гуменюку В.В., Литвинчуку В.Г., Жуковському В.С., Козопасу В.С., Євстратьєву Є.Є., викладачам загальновійськових дисциплін: генерал-майору Поліщуку Л.І., полковникам Ісакову М.А., Кочешкову С.М., Крижанівському В.М., підполковникам Єфімову В.П., Пешкову М.О., старшим прапорщикам Сеніву О.М., Артамонову О.А., працівникам Топоровій Т.К.,

Ілензеєр А.М. Байдіній Л.Б., Сусько Л.І., Ситник Н.Б., Любашівській А.М., Мочераду М.І.

У січні 2005 року завідувачем кафедри медицини катастроф та військової медицини було призначено **кандидата медичних наук, доцента, полковника медичної служби запасу Чаплика В.В.**, який безпосередньо приступив до впровадження та засвоєння у навчальному процесі Європейської кредитно-трансферної системи. Ним та колективом кафедри були відпрацьована навчально-методична документація (лекції, семінарські, практичні заняття, вправи, тестові завдання тощо) в електронному вигляді. Впродовж 2009-2010 років відповідно до рішення Кабінету Міністрів України та Міністерства оборони України здійснювалися заходи організаційного характеру з закриття військової кафедри ЛНМУ, яка 30 жовтня 2010 року була ліквідована [2].

В період з листопада 2010 р. до березня 2015 року кафедра носила назву початку кафедри невідкладних станів, а потім кафедри надзвичайних ситуацій і виконувала свої завдання згідно штатного розпису. Головною заслугою завідувача кафедри доцента Чаплика В.В. у ці роки було те, що ним було збережено ядро викладацького та допоміжного складу, історичні традиції та надбання кафедри.

Постановою Кабінету Міністрів України за №143 від 25 березня 2015 року «Про оптимізацію мережі військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів» [3] у Львівському національному медичному університеті ім. Д. Галицького відновлена військово-медична підготовка студентів за програмою офіцерів медичної служби запасу.

Тільки в період 2015 -2019 років колективом кафедри, яку продовжив очолювати **доцент Чаплик В.В.** здійснено великий обсяг організаційної, кадрової, виховної, методичної роботи щодо відновлення бойових, трудових, педагогічних та наукових здобутків та традицій військової кафедри, зокрема:

- завершено комплектування викладацького складу кафедри. На 1.09.2019 року на кафедрі працюють: докторів наук – 1, кандидатів наук – 7, доцентів – 5, заслужених лікарів України – 1, учасників бойових дій – 2, нагороджених орденами – 1, 1 викладач працює над кандидатською дисертацією;

- відновлена навчальна база кафедри (аудиторії, лекційний клас, викладацькі) та режимно-секретний орган університету;

- відкритий перший серед аналогічних кафедр медицини катастроф та військової медицини ВНЗ України медичний пункт батальйону;

- налагоджена тісна співпраця проведення спільних заходів виховного та навчального характеру з посадовими особами 80 окремої десантно-штурмової бригади та Військово-медичного клінічного центру Західного регіону України (комплексні практичні заняття, виконання стрільб на полігоні, заняття з тактичної медицини, навчальний збір, ритуал складання Військової Присяги, Державний випускний іспит тощо);

- після відновлення кафедри станом на 1.09.2019 року військове звання офіцера запасу присвоєно 70 випускникам кафедри, в Українську військово- медичну академію поступило 15 офіцерів, колишніх наших курсантів.

Історичний 75-річний шлях кафедри, свідчить про те, що впродовж десятиліть всіма поколіннями працівників кафедри якісно та зразково виконувалося головне завдання - гідна підготовка студентів та офіцерів медичної служби запасу. Кафедра медицини катастроф та військової медицини znana на теренах України та за її межами, колектив кафедри своєю добросовісною роботою сприяє підвищенню іміджу ЛНМУ та військових медичних закладів Збройних сил України.

Список використаних джерел

1. *Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького / За ред. Б.С. Зіменковського. Львів, 2014. 296 с.*

2. *Постанова Кабінету Міністрів України №1025 від 26 липня 2006 р. «Про заходи щодо оптимізації мережі військових підрозділів вищих навчальних закладів». Київ, 2006.*

3. *Постанова Кабінету Міністрів України №145 від 25 березня 2015 р. «Про оптимізацію мережі військових підрозділів вищих навчальних закладів». Київ, 2015.*

СУЧАСНИЙ СТАН ТА АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ТА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК 378.147.091.33-021.464:378.016:[615:355]

*Візір Вадим, д.мед.н., професор,
Деміденко Олександр, к.мед.н., доцент,
Садомов Антон, к.мед.н., доцент
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна*

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ВІЙСЬКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РАМКАХ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА»

Розглянуто основні види самостійної роботи студентів в умовах сучасної освітньої парадигми у закладах вищої медичної освіти. Висвітлена роль робочого зошиту як багатофункціонального дидактичного засобу в системі самостійної роботи студентів при викладанні військової терапії в рамках навчальної дисципліни «Внутрішня медицина».

***Ключові слова:** самостійна робота, навчання протягом усього життя, військова терапія, види самостійної роботи, робочий зошит.*

*Vizir Vadym, Doctor of Medicine, professor
Demidenko Oleksandr, PhD (Medicine), Assoc.professor
Sadomov Anton, PhD (Medicine), Assoc.professor
Zaporizhzhia State Medical University
Zaporizhzhia, Ukraine*

INDEPENDENT WORK OF STUDENTS IN TEACHING MILITARY THERAPY WITHIN THE DISCIPLINE “INTERNAL MEDICINE”

The basic types of independent work of students in the conditions of the modern educational paradigm at institutions of higher medical education are considered. The role of the workbook as a multifunctional didactic tool in the system of independent work of students in teaching military therapy within the discipline of Internal Medicine is highlighted.

***Keywords:** independent work, lifelong learning, military therapy, types of independent work, workbook.*

Освітня політика в Україні базується на принципах демократизму та гуманізму, орієнтована на досягнення сучасного світового рівня, відродження самобутнього національного характеру, докорінне покращення змісту, форм і методів навчання, збільшення інтелектуального потенціалу країни [4].

Система фахової підготовки спеціалістів у закладах вищої медичної освіти (ЗВМО) періодично зазнає змін відповідно до соціально-

економічних перетворень в країні. Однією з новел системи освіти, що дозволяє отримати бажаний результат у цьому напрямку, є “lifelong learning”, тобто навчання протягом усього життя [1, с. 1709]. Важливими компонентами якісної освіти є інформаційне та технологічне забезпечення. При цьому, під інформаційним забезпеченням слід вважати дидактичний комплекс інформаційного забезпечення дисциплін, складовими якого є робоча програма; електронний посібник, конспект лекцій, альбом візуального супроводження дисципліни, практикум; електронні ресурси, призначені для самостійної роботи студентів (СРС); автоматизована система оцінки знань студентів. Отже, для активної інформаційної взаємодії між викладачем і студентом доцільним є використання прикладних освітнянських продуктів, баз даних та сукупності методичних засобів і матеріалів. Реалізація технологічного забезпечення навчального процесу здійснюється у вигляді застосування в навчальному процесі сучасних технологій навчання. Останні формують необхідне інформаційне середовище, що сприяє активній педагогічній взаємодії викладача і студента та перебудові вищої освіти України в цілому. Означене вище змінює традиційну парадигму “знання – вміння – навички” на більш сучасну компетентнісну парадигму, яка вимагає не просто володіння знаннями, а спроможність швидко та ефективно застосовувати їх у реальному житті, здатність до постійного саморозвитку та самоосвіти згідно з вимогами мінливої сучасності [6, с. 112].

Спонукаючи студентів до безперервного навчання та самоудосконалення можливо лише за умови високого рівня мотивації і належної самоорганізованості. Формування вказаних якостей є одним з провідних завдань сучасної педагогіки. При цьому важливе значення у структурі навчального процесу має співвідношення аудиторної та позааудиторної роботи, що визначається з урахуванням специфіки та змісту конкретної навчальної дисципліни, її місця, значення і дидактичної мети в реалізації освітньо- професійної програми. Останніми роками в навчально-методичній літературі чітко прослідковується тенденція щодо скорочення в навчальних планах аудиторних годин і збільшення годин, відведених на самостійну роботу (до 60% навчального часу) [2, с. 243].

Організація навчального процесу на кафедрі внутрішніх хвороб 2 Запорізького державного медичного університету здійснюється відповідно до Європейської кредитно-трансферної системи. Робочою програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» для підготовки спеціалістів у галузі знань 1201 «Медицина» за спеціальностями 7.12010001

«Лікувальна справа» та 7.12010002 «Педіатрія» на 5 курсі передбачено вивчення студентами змістового модулю «Військова терапія», що включає 41 годину (1,3 кредити), в тому числі: лекції – 2 години, практичні заняття – 17 годин, СРС – 22 години, підсумковий модульний контроль – 3 години. Оскільки робочою програмою на самостійне засвоєння навчального матеріалу відводиться більше половини загального обсягу навчальних годин за модулем «Військова терапія», то ця значна частина навчального навантаження повинна мати чітку визначеність відносно свого змісту та організації.

Традиційно СРС визначається як «основний спосіб засвоєння студентами навчального матеріалу без участі викладача, а також час, вільний від обов'язкових навчальних занять [2, с. 320]; як «...форма навчання, в якій студент засвоює необхідні знання, опановує уміннями і навиками, навчається планомірно і систематично працювати, мислити, формує свій стиль розумової діяльності» [3, с. 376]. Водночас, на сучасному етапі можна презюмувати, що СРС – це вид навчально-пізнавальної діяльності з освоєння освітньої програми за партнерської участі викладача у її плануванні й оцінці досягнення конкретного результату.

Найважливішими напрямками розвитку навчального процесу у ЗВМО є індивідуалізація навчання і створення умов для реалізації творчих здібностей майбутніх фахівців. Цьому сприяє збільшення частки самостійної роботи, використання ефективних дидактичних засобів для її організації, реалізація нових форм взаємодії викладача та студента, пошук інноваційних активних методів навчання.

Галузевим стандартом вищої освіти на другому (магістерському) рівні у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» від ЗВМО вимагається забезпечення наявності необхідних ресурсів для організації освітнього процесу загалом та самостійної роботи студентів зокрема. СРС забезпечується всіма навчально-методичними засобами, необхідними для вивчення конкретної навчальної дисципліни чи окремої теми: підручниками, навчальними та навчально-методичними посібниками, методичними рекомендаціями (вказівками), практикумами, конспектами лекцій, навчально-лабораторним обладнанням, персональними комп'ютерами, науковою літературою, періодичними виданнями, інтернет-ресурсами тощо.

СРС у закладі вищої освіти традиційно включає такі види навчальної діяльності:

- вивчення навчальної літератури за темами, пошук додаткової літератури;
- конспектування, складання планів, тез;
- кодування інформації (складання схем, таблиць, графіків);
- написання рефератів, доповідей, оглядів, звітів;
- підготовка повідомлень до семінарських занять;
- виконання вправ, розв'язування задач;
- виконання письмових контрольних, лабораторних робіт;
- виконання завдань за допомогою комп'ютера, та ін. [5, с. 158-159].

Створення інноваційного поліфункціонального дидактичного засобу, що є водночас як засобом викладання, так і засобом навчання, завдяки якому можливе формування мислення, активізації процесу саморозвитку й самоосвіти студентів є необхідною умовою якісного забезпечення СРС. Таким вимогам, зокрема, відповідає робочий зошит, що є різновидом практикуму. Використання робочих зошитів при проведенні СРС є одним із дієвих засобів, що сприяють організації повторення, закріплення, узагальнення та систематизації знань студентів.

Розроблений колективом кафедри внутрішніх хвороб 2 навчальний посібник для самостійної роботи студентів 5 курсу медичних факультетів «Робочий зошит з військової терапії» за своєю структурою є єдиним семіотико-семантичним робочим зошитом змішаного типу, що поєднує в собі інформаційний та контролюючий блоки та призначений для використання студентами 5 курсу медичних факультетів при вивченні змістового модулю «Військова терапія».

Доцільність видання такої літератури обґрунтована відсутністю сучасного Національного підручника з військової терапії для студентів ЗВМО. За задумом авторів робочий зошит є доповненням до створеного у 2017 році фахівцями Української військово-медичної академії підручника з воєнно-польової терапії, призначеного для лікарів-інтернів і лікарів слухачів закладів післядипломної освіти та слухачів Української військово-медичної академії. При цьому врахована специфіка викладання військової терапії студентам 5 курсу медичних факультетів саме в рамках навчальної дисципліни «Внутрішня медицина». Застосований особливий дидактичний апарат дозволяє студенту краще засвоїти матеріал, а викладачеві – надає можливість максимально оптимізувати навчальний процес. У робочому зошиті подано структуру змістового модулю «Військова терапія», тематичний план та перелік тем для СРС, перелік

практичних навичок, глосарій понять і термінів, теоретичний матеріал, контрольні питання, систему тестових запитань і завдань в певній співвідпорядкованості, від простих до більш складних реконструктивних та творчих завдань.

Отже, в умовах сучасної освіти, орієнтованої на навчання протягом усього життя, суб'єкт-суб'єктної взаємодії викладачів і студентів, реалізацію компетентнісного підходу в навчанні студентів, робочий зошит студента є багатофункціональним дидактичним засобом в системі СРС, що сприятиме успішному оволодінню студентами навчальної дисципліни.

Список використаних джерел

1. Demirel M. Lifelong learning and schools in the twenty-first century. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2009. Vol. 1, N 1. P. 1709–1716. URL: doi:10.1016/j.sbspro.2009.01.303.
2. Вища освіта України і Болонський процес: навч. посіб. / за ред. В. Г. Кремень. Тернопіль: Навч. кн.: Богдан, 2004. 384 с.
3. Вітвицька С.С. Основи педагогіки вищої школи: Підручник за модульно-рейтинговою системою навчання для студентів магістратури. К.: Центр навчальної літератури, 2006. С.384.
4. Воротняк Л. І. Деякі аспекти підготовки магістрів управління освітою у вищих навчальних закладах України та США // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2011. Вип. 4. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2011_4_11.
5. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. / З. Н. Курлянд [та ін.] ; ред. З. Н. Курлянд. 3-є вид., перероб., доп. К. : Знання, 2007. 495 с.
6. Сідорова Т.О., Лисак Г.Г. Управління якістю підготовки фахівців у вищих навчальних закладах // Збірник тез доповідей Міжнародної навчально-методичної конференції (10-11 грудня 2009 р.). Суми: УАБС НБУ, 2010. С. 111-116.

УДК 616.24 . 002.77 (07.07)

Зайцев Валерій, д.мед.н., професор
Ілюк Ірина, к.мед.н., доцент
Владиченко Костянтин, к.мед.н., асистент
Кафедра урології та нейрохірургії
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ УРОЛОГІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ ТА ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Анотація. Автори аналізують проблеми викладання в іноземних студентів на кафедрі урології та шляхи покращення процесу навчання.

Ключові слова: викладання, навчальний процес, урологія.

Zaitzev Valeriy, Doctor of medicine, professor
Ilyuk Iryna, PhD, associated professor
Vladychenko Kostiantyn, PhD, assistant
Department of urology and neurosurgery
Bykovinian State Medical University
Chernivtsi, Ukraine

THE ACTUAL PROBLEMS AT TEACHING UROLOGY TO FOREIGN STUDENTS AND POSSIBILITIES OF EDUCATION OPTIMIZING

Abstract. *The authors have analyzed the problems of foreign students teaching at the chair of urology, there have determined the ways of educational process improvement.*

Key words: *teaching, education, urology.*

На сучасному етапі все більше іноземних студентів навчаються в медичних ВНЗ України. Актуальність проблем викладання дисциплін англійською мовою зумовлена підвищеними вимогами до підготовки іноземних студентів медичних навчальних закладів у зв'язку з приєднанням України до Болонського процесу та введенням стандартів вищої професійної освіти за спеціальностями медичного профілю. Допомога в навчанні іноземних студентів вимагає від викладача високого рівня професійної та комунікативної компетенції. Вміння спілкуватися іноземною мовою в сучасному світі є важливою умовою професійної та соціальної успішності людини і розглядається в як один із ключових моментів, на формування якого повинна бути направлена професійна освіта. Зважаючи на структуру та специфіку навчального процесу в медичних вузах України, пріоритетною буде мовна підготовка у клінічній практиці, яка є кінцевим етапом професійної підготовки лікаря у вузі. Це передбачає змінення цілей, змісту, методів, форм в організації навчального процесу підготовки іноземних студентів в навчальних медичних ВНЗ України [1–3].

Проблеми, які з'являються при викладанні іноземною мовою:

1. Серед основних проблем, з якими стикаються іноземні студенти, найважливішим є мовний бар'єр. Ситуація ускладнюється ще й тим, що українська мова є домінуючою у медичних навчальних закладах України. Тому для належного засвоєння матеріалу іноземним студентам часто доводиться вивчати українську мову. При цьому українська мова не матиме практичного застосування після отримання диплома, оскільки вона не буває робочою на міжнародних форумах, не відповідає серйозним інформаційним ресурсам Internet і не стане в пригоді після повернення студента у свою країну [4].

2. Підготовка достатньої кількості англомовних фахівців з кожного предмету. Цю проблему достатньо легко подолати за рахунок внутрішніх ресурсів ВНЗ, що з часом забезпечує досить серйозні переваги (збільшення відсотка викладачів, які активно користуються англомовними інформаційними ресурсами) [3–4].

3. Підготовка англомовних навчальних матеріалів і документації. За наявності англомовних фахівців це питання вирішується в досить короткий термін.

4. Вирішення проблеми клінічної підготовки (передусім – спілкування студента із пацієнтом).

5. На цей час в МОЗ України ще відсутнє централізоване постачання медичних ВНЗ методичною інформацією та підручниками іноземними мовами, що ставить вимогу створення їх на місцях.

Можливі декілька шляхів вирішення цього питання:

1. Поступове опанування української мови протягом перших 1-2 років навчання та викладання англійською мовою лише базових фундаментальних дисциплін. Цей варіант не є оптимальним, тому що зменшує основні переваги англомовного навчання. Без сумніву, його необхідно залишити як альтернативний лише для тих студентів, які оберуть такий спосіб продовження навчання.

2. Можливість спілкування через викладача як посередника і перекладача. Такий варіант допустимий на 3–5-му курсах (2–3-й рівні засвоєння матеріалу).

Проведено аналіз проблем навчання студентів–іноземців на курсі урології Буковинського медичного університету та визначені шляхи удосконалення навчального процесу.

За останні роки як в усьому світі, так і в Україні, відмічається збільшення кількості хворих із різноманітною урологічною патологією. Почастішали випадки виявлення запавнених форм онкоурологічних захворювань, збільшується кількість хворих із гострими неспецифічними та специфічними запальними процесами, залишається великим відсоток хворих із сечокам'яною хворобою. Знання питань своєчасної діагностики, лікування та профілактики урологічних захворювань набуває великого значення для лікарів багатьох спеціальностей, у тому числі і для лікарів з інших країн.

В останні роки значно зросла кількість іноземних студентів, які за контрактом навчаються в Буковинському державному медичному університеті. Підготовку з урології на IV курсі університету разом з

українськими студентами проходять студенти з Індії, Сомалі. Значна частина їх висловила бажання навчатись англійською мовою. Тому у даний час велике значення має удосконалення методик викладання урології таким студентам. Заняття проводяться англійською мовою, враховуючи те, що переважний контингент іноземних студентів складають студенти з країн Близького Сходу та Африки.

При проведенні лекцій для кращого сприйняття лекційного матеріалу використовується наочний матеріал у вигляді демонстрації основного тексту лекції на слайдах. Тому виникла потреба створення докладного лекційного матеріалу з урахуванням рівня надання медичної допомоги в Україні. Значною проблемою є те, що лекційний розділ не охоплює всіх тем, передбачених навчальною програмою, тому виникає потреба в додаткових матеріалах та консультаціях. У нашому курсі для подолання цієї проблеми створено наочне обладнання – таблиці, відеоматеріали та електронні презентації. Наявні підручники англійською мовою з урології не враховують стандарти і протоколи надання медичної допомоги урологічним хворим та мало підходять до навчальної програми з урології, якою користуються в медичних ВНЗ України.

Досвід організації навчального процесу на курсі урології висвітлив проблеми під час створення методичних вказівок, лекційного матеріалу та тематичних таблиць для викладання предмету англійською мовою. Незнання студентами професійної англійської мови та незнання медичної термінології не завжди давало можливість розуміти специфічні терміни, які використовувалися в теоретичних розділах, і вимагало додаткового їх роз'яснення викладачами.

При проведенні практичних занять для з'ясування початкового та заключного рівня знань студенти розв'язують тестові завдання і ситуаційні клінічні задачі. Для проведення тестового контролю знань студента авторами статті розроблені тестові питання та підготовлений до друку навчальний посібник під редакцією професора Зайцева В.І. "Formative and Summative Tests in Urology", який включає в себе 1000 тестових завдань з усіх тем з урології, передбачених робочою навчальною програмою. На кожне питання пропонується 5 варіантів відповідей, але тільки одна з них є правильною, що дозволяє викладачу об'єктивно оцінити рівень підготовки студента до заняття. Ми також розділяємо думку, що такий метод оцінювання є більш продуктивним для студентів-іноземців, ніж усне опитування [5]. Для самостійної підготовки до практичних занять використовується англomовний підручник з урології та електронний ресурс

«Moodle», створений викладачами курсу, який містить у собі методичні вказівки для самостійної підготовки студентів до практичного заняття, теоретичний матеріал, тестові завдання, клінічні задачі, презентації та відеоматеріали. Для вирішення проблем викладання урології іноземним студентам створюється база англomовної літератури, готуються тексти лекцій та методичні вказівки. Викладачі курсу проходять відповідну підготовку.

Ми вважаємо, що навчити студента правильно обстежити пацієнта, встановити всі симптоми та синдроми урологічних захворювань є одним з основних завдань курсу урології. Особливу увагу звертаємо на формування вміння студентів якісно об'єктивно обстежувати пацієнта, аналізувати дані лабораторних, рентгенологічних та інструментальних досліджень, проводити диференційну діагностику, визначати комплексне лікування хворим із різноманітною урологічною патологією. Виникають серйозні деонтологічні та мовні проблеми при спілкуванні з хворим. Не кожен пацієнт дає згоду на обстеження себе іноземним студентом. На даний час працівники кафедри не володіють правовими нормами, що стосуються аспектів цього питання. До того ж викладач у цій ситуації, при збиранні скарг та анамнезу, змушений виступати в ролі перекладача. Адже коли кожен студент отримує на курацію пацієнта, викладачу потрібно не лише допомогти з перекладом при спілкуванні з пацієнтом, а й продиктувати результати лабораторних аналізів, функціональних методів обстеження, що займає багато часу і нівелює якість практичного заняття.

Викладачі повинні бути ознайомлені з особливостями організації урологічної допомоги населенню в різних країнах світу. Досвід викладання урології іноземним студентам висвітлює такі проблеми:

1. У більшості студентів відмічається недостатній загальноосвітній рівень знання мови та відчувається мовний бар'єр.
2. У студентів-іноземців обмежена можливість самостійно працювати з україномовними джерелами інформації.
3. Неможливість спілкування з пацієнтами в палатах стаціонару. При проведенні практичних занять для кращого засвоєння предмету велике значення має робота в палатах з хворими, але в даному випадку у ролі перекладача виступає викладач.
4. Залишається важливим факт недисциплінованості певної частини іноземних студентів. Пропуски ними практичних занять та лекцій значно ускладнюють засвоєння матеріалу. Тому виникає потреба посилення виховної роботи.

5. Для адекватного оволодіння англійською мовою викладачами на достатньому рівні слід ввести тестування на знання мови та матеріальне стимулювання для них, пропорційне кількості груп, які вони ведуть.

Висновки. Ми вважаємо, що для отримання найбільш ефективного результату у викладанні урології іноземним студентам можливо досягнути при збалансованому використанні традиційних методів та нових технологій навчання (усне та письмове опитування, тестові завдання та вирішення клінічних задач, самостійна робота студентів з навчальною і методичною літературою та ін.). Обов'язковим є врахування рівня мотивації, який повинен бути максимально орієнтованим на клініку. Викладання курсу урології студентам-іноземцям медичного факультету повинно відбуватися з обов'язковим урахуванням індивідуально-психологічного стану колективу (групи), рівня особистої підготовки. Певний нахил у бік основних положень хірургічних дисциплін, широке використання наочного обладнання і нових навчальних технологій – запорука ефективного опанування курсом урологічних хвороб, визначеним навчальною програмою підготовки на медичному факультеті. Використання електронних версій методичних матеріалів дозволяє підвищити мобільність навчального процесу з точки зору можливості приведення змісту навчання до сучасного рівня розвитку медичної теорії та практики швидше, ніж це дозволяють друковані видання. У зв'язку з цим цей прийом в освітніх технологіях відкриває нові можливості та є перспективним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Урологія: Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації. Київ, 2008. 27 с.*
2. *Гузенко В.Н., Виненцов Ю.А. Основные принципы преподавания урологии // Актуальні питання педагогіки вищої школи. Збірка наукових праць. 2004. С. 36–39.*
3. *Запорожан В.М., Кресюн В.Й., Чернецька О.В. Міжнародне науково-освітнє співтовариство як каталізатор реформування // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : Всеукр. навч.-наук. конф. : матеріали. Тернопіль, 2009. С. 26–29.*
4. *Медична освіта у світі та в Україні / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, В. Ф. Москаленко [та ін.]. К. : Книга плюс, 2005. 384 с.*
5. *Дистанционное последипломное образование: современные методы обучения // Здоров'я України. 2009. № 7. С. 11.*

УДК 378.094.

Гуменюк Василь, к.пед.н., завуч кафедри
Кафедра медицини катастроф і військової медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

ДЕФІНІТИВНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ІНОЗЕМНИЙ СТУДЕНТ

Анотація. У статті проведено дефінітивний аналіз поняття «іноземний студент» та проаналізовано правову суб'єктність іноземного студента, яка урегульовувалася шляхом унормування загальних юридичних аспектів щодо статусу іноземців на території України. Відповідно, було проаналізовано як це питання та даний процес розглядалися у низці правничих джерел.

Ключові слова: іноземний студент, міжнародний студент, етап, процес, медична освіта, нормативні документи.

Humeniuk Vasyl, PhD (Pedagogy), assistant professor
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv national medical university
Lviv, Ukraine

DEFINITIVE ANALYSIS OF THE CONCEPT A FOREIGN STUDENT

Abstract. In the article, we conducted a definitive analysis of the concept “a foreign student” and analyzed the legal subjectivity of a foreign student, which was regulated by normalizing the general legal aspects regarding the status of foreigners in Ukraine. Accordingly, we have analyzed how this issue has been addressed in a number of legal sources.

Keywords: foreign student, international student, stage, process, medical education, regulatory documents.

Для з'ясування особливостей здобуття іноземними студентами ВМО в Україні необхідна конкретизація теоретичних положень та концептів на яких базуватиметься дослідження. Так, основні україномовні тлумачні словники не розглядають терміна «іноземний студент», як і нових – «міжнародний студент», «мобільний студент» [1]. Вивчення наукових публікацій свідчить, що термін «іноземний студент» вживається у юридичній літературі та нормативних актах для конкретизації особи, яка отримує або отримала право на цільове перебування в межах країни, що охоплює собою перелік певних можливостей, а також передбачає певні обмеження щодо її перебування та прав на території, яка апріорі розглядається як місце для тривалого, але тимчасового перебування.

Термін «іноземний студент» виявлено в нормативних актах про юридичний статус іноземців і осіб без громадянства на території України і

вживається він на основі його юридичного значення відповідно до Закону України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» (2011 р.) [4]. У документі наведено найбільш повне трактування суб'єктності іноземця як здобувача освіти в Україні, що надалі повною мірою було відображено в Законі України «Про вищу освіту» (2014 р.) [2].

З урахуванням хронологічних меж дослідження розмежуємо, що історично суб'єктність іноземця як здобувача освіти у період УРСР визначалася нормативними актами СРСР, внутрішніми порядками і правилами та міждержавними договорами і суттєво ними обмежувалася. У сучасній Україні суб'єктність іноземця визначається повним переліком загальнолюдських прав і свобод (з 2011 р. без права на трудову діяльність), окрім тих, які дає громадянство держави, або дозвіл для іноземця чи особи без громадянства на постійне проживання, що гарантовані Конституцією України та відповідними міжнародними документами.

Аналіз законодавчих актів 90-х рр. XX ст. не виявив поняття «іноземний студент». Його тлумачення, як і терміна «іноземець», немає у Постанові Кабінету Міністрів України «Про навчання іноземних громадян в Україні» (1993 р.) [6]. У базовому документі – Законі України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» (1994 р.), термін було вжито у формі: «Іноземці та особи без громадянства, які прибули в Україну з метою навчання та отримали посвідку на тимчасове проживання, вважаються такими, які на законних підставах перебувають на території України на період навчання» (ст. 4, п. 12) [5]. Наступна редакція Закону (2003 р.) розмежувала: «Іноземець – особа, яка не перебуває у громадянстві України і є громадянином (підданим) іншої держави або держав. Особа без громадянства – особа, яку жодна держава відповідно до свого законодавства не вважає своїм громадянином» [3].

Визначено, що у наступні роки правова суб'єктність студента урегульовувалася шляхом унормування загальних юридичних аспектів щодо статусу іноземців на території України. Відповідно, це питання було розглянуто у низці правничих джерел. Узагальнене вирішення проблеми охарактеризував Р. Чернолуцький, що розглянув становлення понятійного апарату правового статусу іноземців та питання захисту прав іноземців у законодавстві України. Виявлено нормативне розширення меж терміна, зокрема розгляд категорії студентів, що є громадянами країн СНД, яке відображене в указах Президента України [7].

Уточнимо, що з 1994 р. юридичною підставою для видачі іноземному студенту посвідчення для тимчасового проживання у країні були «...заява

іноземця або особи без громадянства, дійсний поліс медичного страхування, документ, що підтверджує факт навчання в Україні, та зобов'язання навчального закладу повідомити центральний орган виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері міграції, про відрахування з такого закладу» (ст. 5, п. 12) [5]. Надалі ці питання унормовує «Положення про прийом іноземців та осіб без громадянства на навчання до вищих навчальних закладів» (1998 р.) з наступними змінами. Питання соціальної захищеності іноземців, зокрема медичної допомоги, регулює Постанова Кабінету Міністрів України 1997 р.

Щодо актів, які стосуються академічної мобільності, важливим є те, що у відповідності із Законом України «Про зайнятість населення» (2013 р.) українські університети отримали можливість брати іноземців на роботу без отримання дозволу на працю, але цей закон неузгоджений із особливостями віз. Зміна є важливою для післядипломної медичної освіти.

Юридичні уточнення у правах іноземця на освіту містить ч. 1 ст. 14 зі змінами, внесеними згідно із Законом України (2002 р.) «Іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, а також яким надано статус біженця в Україні, мають право на освіту нарівні з громадянами України. Всі інші іноземці та особи без громадянства оплачують своє навчання, якщо інше не передбачено законодавством України та міжнародними договорами України. Іноземці та особи без громадянства, прийняті до навчально-виховних закладів України, мають права і обов'язки учнів і студентів відповідно до законодавства України» [4], зміни Закону у 2014 р. не стосувалися студентів-іноземців.

Документом, що затвердив особливості в'їзду/виїзду та перебування іноземних громадян на території України стала Постанова Кабінету Міністрів України (2000 р.), про складність правового урегулювання свідчить перелік змін, що вносили до законодавства. Новий Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» було прийнято 2011 р., у 2012, 2013, 2014, 2015 рр. вносилися зміни, зокрема з метою обмеження незаконної міграції, уточнено: «Іноземці та особи без громадянства, які прибули в Україну з метою навчання та отримали посвідчення на тимчасове проживання, вважаються такими, які на законних підставах перебувають на території України на період навчання» [4], а також відсутня стаття, яка в попередній редакції Закону давала право на трудову діяльність

Для вивчення міжнародної практики вживання терміна «іноземний студент» проаналізуємо тлумачення цього поняття і явища в досвіді різних країн та міждержавних структур, а також особливості вживання поняття «студент». Так, відповідно до принципів та рекомендацій ООН щодо переписів населення (2007 р.) студентом є «...особа незалежно від статі, що не класифікується, як правило, як економічно активна, та, що відвідує будь-які заклади формальної освіти, державні або приватні, для систематичного навчання на будь-якому рівні освіти». Зіставимо визначення українського словника: студент – «той, хто навчається у вищому або середньому спеціальному навчальному закладі».

Виявлену розбіжність у трактуванні поняття «студент» у міжнародній і вітчизняній термінології характеризуємо як суттєву, оскільки дотримання міжнародних рекомендацій дає змогу більш повно представити країну як учасника міжнародного ринку освітніх послуг, ввести у «Глобальні освітні огляди» («Global Education Digest») всіх тих, хто навчається в країні – від учнів середніх шкіл до науковців-стажерів.

Щодо поняття «іноземний студент» виявлено, що найчіткіші нормативні формулювання містяться в документах та рекомендаціях міграційних служб та організацій. Наприклад, ОЕСР, відповідно до рекомендацій ООН (1998 р.), розглядає: «Іноземні студенти (foreign students) – це особи, допущені до країни, іншої, ніж їх власна, як правило, за спеціальними дозволами чи візами, з конкретною метою для проходження певного курсу навчання в акредитованому навчальному закладі приймаючої країни». Таке обширне трактування конкретизується, якщо взяти за основу вид отриманої іноземцем візи на навчання. Розглянемо, для прикладу, як розмежовує іноземних студентів міграційна служба Канади. «International students – іноземні студенти, тобто міжнародні – це ті особи, що перебувають у Канаді на підставі студентської візи або статусу біженця, і не мають юридичного статусу постійного жителя. Дані про них містить статистичний огляд «Інформаційна база даних про студентів, що здобувають вищу освіту» (Postsecondary Student Information System – PSIS; індекси кодування віз «2», «3», «4»)) [10]. До них також відносять закордонних фахівців, які залучені до навчальних та наукових програм науково-освітніх центрів Канади та їхніх представництв за кордоном (до них вживається термін «офшорні студенти» (offshore students), а також неканадські студенти, що навчаються в Канаді дистанційно, користуючись можливостями Інтернету (індекс кодування візи у PSIS – «5»)) [10]. Тобто поняття «міжнародний»

або «інтернаціональний» студент має ширше значення, ніж «іноземний студент», яке стосується особи, що безпосередньо перебуває в країні і навчається в закладах формальної освіти.

Більшість європейських країн багато років стабільно збільшують кількість студентів із держав – колишніх колоній. Значна частина молоді з країн Азії, Африки, Латинської Америки, Європи прагнуть отримати диплом університетів США та Канади, а в останні десятиліття і Австралії. Зіставимо найбільш уживані терміни в країнах, у які на навчання прибуває найбільша кількість іноземців. Для деталізації зіставимо, як саме юридичний термін визначає педагогічні особливості та враховує специфіку країни, зокрема її міграційну політику, бажання обмежувати або стимулювати інтелектуальну міграцію. Так, у полікультурній Канаді іноземними студентами вважають тимчасових мешканців, яким еміграційна служба надала студентську візу (можуть отримати розширену візу, що надасть більше прав, зокрема право на працю). Щодо США, то розмежування ще більше – «іноземні студенти» визначаються за чотирма категоріями як такі, що навчаються у ВНЗ США і не є громадянами США, є емігрантами або біженцями. Вони включають власників віз *F* (студентська), *H* (тимчасовий працівник / стажер), *J* (відвідувач по освітньому обміну) та *M* (професійна підготовка). Таким чином, ці дані будуть найбільш широкими, однак не враховують студентів, що мають право на тривале або постійне проживання, але не мають громадянства [394, с. 36]. У Франції іноземні студенти – це не лише іноземні громадяни, що приїжджають до Франції з метою навчання, а й ті, що в'їхали в країну на тривалий час, постійні жителі, що мають французьку середню освіту, але не мають громадянства, родом з колишніх колоній Франції (наприклад, таких як Гваделупа, Мартініка і Реюніон). У Німеччині, широке визначення «іноземних студентів» додатково доповнене чітким їх розмежуванням: «мобільні іноземні студенти» – ті, які прибувають у країну спеціально для навчання та «немобільні іноземні студенти» – ті, що мають атестат німецької середньої школи і хочуть отримати постійну візу (мігранти). Статистичні дані англійських університетів, на відміну від Німеччини і Франції, не виключатимуть студентів, які є постійними жителями Великобританії без громадянства. А категорії розрізняють таким чином – «міжнародні студенти»: «ЄС-студенти» – ті, які постійно не проживають у країні, громадяни, або постійні жителі країни Європейського Союзу; «не ЄС-студенти» – громадяни країн, що не належать до ЄС.

У більшості російських, білоруських дисертаційних дослідженнях, нормативних актах використовується лише термін «іноземний студент», як іноземний громадянин або особа без громадянства, що прибула на повний або неповний курс навчання з іншої країни, в усіх джерелах, як в Україні, додатково використовується термін «студенти країн СНД».

У відповідності з аналізом зарубіжних джерел, на початок ХХІ ст. в Європі, у контексті нового для світового простору терміну «мобільність», активізувалося обговорення та уточнення співвідношення нормативного значеннєвого простору термінів «іноземний», «міжнародний» студент. Вагомість таких уточнень і необхідність прийняття узгодженої позиції офіційних міжнародних організацій була обумовлена тим, що на початок ХХІ ст.: активізувалася боротьба університетів за іноземних студентів, особливо у країнах зі складною демографічною ситуацією, дискусіями, щодо коректності показників світових рейтингів університетів. За визначенням Інституту статистики ЮНЕСКО Світового освітнього дайджесту (UNESCO Institute for Statistics' (далі UIS) Global Education Digest (2006 р.) «міжнародний мобільний студент» визначається як такий, що покинув свою країну або територію походження, та переїхав до іншої країни чи території з єдиною метою навчання.

Виявлено, що відмінності між поняттями «міжнародні студенти» («international students»), «іноземні студенти» («foreign students») було окреслено в порівняльному переліку даних для визначення характеристик транскордонної мобільності ОЕСР, у аналітичних збірниках «Погляд на освіту» («Education at a Glance») (2006, 2013, 2014 pp.) [9, с. 282]. У 2006 р. ОЕСР та UIS рекомендували використовувати означення «міжнародний студент» – для тих іноземців, що перетинають кордони зі специфічною метою навчання; а «іноземний студент» – тих, які навчаються у закладі освіти не у своїй країні, але не обов'язково виїзджали для цього за кордон (тобто щодо них не може бути застосованим поняття «мобільні»). У тому ж році UIS і ОЕСР з Євростатом (Eurostat) прийняли узгоджене рішення, що *студенти, які класифікуються як «міжнародні мобільні»* визначаються за таким критеріями: *громадянства*, або ж його відсутності; *постійного місця проживання*, не у країні, де вони здобувають освіту; *попередньої освіти*, початкової кваліфікації відповідно до рівня навчання в іншій країні [9, с. 282].

Однак, як узагальнив Нік Кларк (Nick Clark, редактор «Світових освітніх новин»), сучасні країни використовують різні критерії для означення іноземного студента і, відповідно, кількість студентів, що

навчаються у країні, може бути розцінена по-різному, а «статистичні дані, вказані у річних звітах різних країн, можуть не бути повністю порівнюваними, а лише після прискіпливого розбору, що і як кожна країна рахує...» [8]. Такий підхід тривалий час виключав з числа іноземців, тих, які навчалися в Україні за програмами обміну, здобували післядипломну освіту, а також іноземців – громадян СНГ тощо. Виявлено, що саме тому у міжнародних статистичних документах, зокрема ЮНЕСКО, в 1990-х і на початку 2000-х рр. кількість іноземних студентів, що навчалися в Україні суттєво занижена.

Список використаних джерел

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел. К., Ірпінь: ВТФ «Перун», 2009. 1736 с.
2. Закон України «Про вищу освіту» № 1556-VII від 1.07.2014 р. // *Відомості Верховної Ради*. 2014. № 37–38. С. 2004. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
3. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про правовий статус іноземців» № 506-IV від 6.02.2003 р. // *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 16. С. 117. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/506-15>.
4. Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» № 3773-VI від 22.09.2011 р. // *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 19–20. С. 179. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/3773-17>.
5. Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» № 3930-XII від 04.02.1994 р. // *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 23. С. 161. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3929-12>.
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про навчання іноземних громадян в Україні» № 136 від 26.02.1993 р.. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/136-93-n>.
7. Указ Президента України «Про заходи щодо розвитку економічного співробітництва областей України з суміжними прикордонними областями Російської Федерації» № 112/94 від 25.03.1994 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/112/94>.
8. Clark N. What Defines an International Student? A Look Behind the Numbers / Nick Clark // *World Education News & Reviews*. September 2009. Volume 22, Issue 7.
9. *Education at a Glance 2006 : OECD Indicators*. France, Paris : OECD Publishing, 2006. 449 p.
10. Statistics Canada. Government of Canada. URL: <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010006/def/intlstudent-etudiantetranger-eng.htm>.

УДК 378.6:61

Колісник-Гуменюк Юлія, к.пед.н., старший викладач
Відокремлений структурний підрозділ
«Львівський навчально-науковий центр професійно-технічної освіти»
Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова
Львів, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Анотація. У статті ми вирішуючи питання про природу професійної етики, виходимо з принципу зв'язку етики, моралі, практичної діяльності та знань з урахуванням ціннісного аспекту всієї проблеми. Розглядаємо медичну етику, як специфічний вид професійної етики.

Ключові слова: мораль, професійна етика, лікар, людина, фахівець, відповідальність.

Kolisnyk-Humeniuk Yuliya, PhD (pedagogy), Siniour Lecturer
SSU "Lviv scientifically-educational center of vocationally-technical education"
M.P. Drahomanov National pedagogical university, Lviv, Ukraine

FEATURES OF PROFESSIONAL ETHICS FORMATION

Abstract. In addressing the nature of professional ethics in the article, we proceed from the principle of linking ethics, morality, practice and knowledge with regard to the value aspect of the whole problem. We consider medical ethics as a specific type of professional ethics.

Keywords: morality, professional ethics, doctor, person, specialist, responsibility.

Моральна відповідальність лікаря за професійну діяльність, залежить від набутих якостей індивідуума, є системою певних духовних цінностей, пов'язана зі світоглядом особистості й є частиною її життєдіяльності.

Основи професійної етики, як вчення про професійну мораль, зафіксовані в моральних кодексах, що є сукупністю моральних норм і правил, які необхідно виконувати. Вони регламентують певний тип стосунків між людьми, що вважаються доцільними з точки зору виконання людиною професійних обов'язків. Професійна етика обґрунтовує необхідність саме таких моральних кодексів, тлумачить їх з урахуванням специфіки професії, її утилітарного й гуманістичного призначення. Моральні кодекси декларують моральні вимоги, вироблені раніше у сфері буденної свідомості, та охоплюють: загальнолюдські вимоги (чесність, правдивість); вимоги до фахової діяльності (професіоналізм, компетентність); вимоги, детерміновані конкретним видом професійної діяльності (збереження лікарської таємниці). Моральні засади професійної

етики медиків систематизовані в Етичному кодексі лікаря України [1, с. 30-31.].

Професійну мораль не слід ототожнювати з мораллю корпоративною, котра, відображаючи відокремлені групові інтереси, створює особливі норми поведінки та оцінок вузького прошарку фахівців, які іноді протистоять нормам суспільної моралі й мають за своєю суттю антисоціальний характер. Трапляється, що з погляду суспільства ці норми корпоративної моралі виступають як явна аморальність, перевернуті норми моральності.

Сучасне суспільство характеризується існуванням численних професій, кожна з яких передбачає наявність певних норм і принципів поведінки в професійному середовищі, тобто професійну етику. Специфічні особливості професійної етики в конкретних видах професійної діяльності розглядались у різних аспектах, зокрема: педагогічному (С. Д. Лаптенюк, І. І. Чернокозов, В. Н. Чернокозова), військовому (В. І. Вдов'юк), робітничому (О. І. Кривошеєва, М. М. Салтишев), психологічному (Д. В. Комісаренко, Е. Л. Носенко), юридичному (О. Д. В'юшин, В. С. Кукушин, В. В. Олейников), діяльності державного службовця (С. Д. Дубенко, М. А. Нинюк) та ін.

За А. А. Солоніциною, професійна етика регулює взаємини людей у спілкуванні. В її основу покладені певні норми, вимоги й принципи. Останні тлумачаться як всезагальні суспільні уявлення, що дають можливість тим, хто на них спирається, правильно формувати свою поведінку та дії в професійній сфері [3, с. 12]. Принципи також дають конкретному працівникові в будь-якій організації концептуальну етичну платформу для прийняття рішення, виконання дій, побудови взаємин.

Специфічним видом професійної етики є *медична етика*, яка допомагає медичним працівникам усвідомити відповідальність за життя хворого. Відносини між лікарем і пацієнтом виходять за межі звичайних міжособистісних відносин. Вони потребують не лише професійних знань медиків, належної правової бази у сфері охорони здоров'я, а й передбачають дотримання медичними працівниками морально-етичних норм.

Медична етика вивчає специфіку моралі медичного працівника, водночас виконуючи особливо важливу роль у формуванні принципів, на яких ґрунтується моральний кодекс працівників системи охорони здоров'я. Безсумнівно не існує окремих етичних категорій щодо поведінки лікаря, фельдшера, медичної сестри чи санітарки. Етичні принципи в медицині –

незмінне ціле. Хоча кожний окремих медичний фах має свої етичні відмінності, переважають всеосяжні моральні правила й загальні етичні настанови.

Медична етика має внутрішній зв'язок з компетентністю, класифікацією лікарів, медичних сестер за їхніми діловими якостями. Медична етика є сукупністю принципів регулювання й норм поведінки медиків, які зумовлені особливостями їх практичної діяльності, становищем і роллю в суспільстві. Тому принципи етики, загальної й професійної, перебувають у стані єдності та взаємодоповнення. Особливістю їх є те, що вони розглядають не тільки ставлення медичного персоналу до конкретного пацієнта, але й до здоров'я людини взагалі.

Професійна етика, як сукупність моральних принципів, пов'язаних із поведінкою людини в професійній сфері, вивчає особливості норм, принципів, понять загальнолюдських моральних цінностей, а професійна мораль конкретизує їх у певних професіях. Майбутні фахівці мають усвідомлювати відповідальність за свої вчинки, які морально оцінюються [2, с. 93-110]. Моральна оцінка професійної діяльності визначається за двома основними критеріями: 1) що об'єктивно дає професія для суспільного розвитку; 2) що суб'єктивно дає професія індивідові в сенсі етичного впливу на нього, оскільки різні професії мають неоднаковий моральний вплив на людей.

Предметом дослідження *професійної етики медичних працівників* є об'єктивні основи, сутність, специфіка, структура й основні функції моралі працівників медичної сфери діяльності. *Професійна медична мораль* має відповідні кодекси певних положень стосовно трудової діяльності, які сприяють виробленню в медичного персоналу здатності до моральної орієнтації у складних ситуаціях, які вимагають морально-ділових і соціальних якостей. Моральна культура медичних працівників є одним з ефективних механізмів передбачення й розв'язання суперечностей і конфліктів, які виникають у цій сфері.

Успішне професійне становлення фахівця вимагає розвиненої особистісної, професійної (предметної) та соціальної рефлексії, а також сформованості на її базі конструктивної професійної самосвідомості, яка передбачає творче ставлення до аксіології та феноменології фаху, особистісну самореалізацію, уміння втілювати власні переконання в професійній діяльності. Сучасні реалії потребують фахівців, що не лише опанували професійні знання та вміння в межах обраної спеціальності, а й мають розвинений інтелект, сформовані професійно-особистісні якості,

власні погляди на професію та своє місце в ній, керуються відповідними ціннісними орієнтаціями, прагнуть до постійного безперервного самовдосконалення, що є основою для успішного вирішення життєвих і професійних проблем.

Від медичних працівників, окрім розвиненої професійної компетентності, вимагається високий рівень професійно-етичної культури та професійно значущих психологічних якостей, окрім здатності до самовдосконалення – спроможності зберігати й примножувати морально-етичні притаманні медику погляди та переконання. Після закінчення навчального закладу освітня діяльність випускника має трансформуватись у професійну з відповідною конкретизацією потреб, мотивів, цілей, засобів і результатів.

Професійна культура працівників медичного профілю має певні особливості, оскільки спрямована на обслуговування людей і задоволення їхніх потреб. Суспільна значущість і складність професійних обов'язків медичних працівників вимагає високого рівня їхньої професійної підготовки, фундаментальних знань з теорії та практики медицини, опанування навичок, тактики, відповідних методів та прийомів медичної діяльності. Медичний працівник має бути освіченим, конкурентоздатним, мобільним, самостійним у прийнятті рішень, відповідальним за результати своєї діяльності, гармонійно розвиненої, володіти науковим стилем мислення, уявленнями про природничо-наукову картину світу, розвивати екологічне мислення, усвідомлювати свою подальшу діяльність в умовах високотехнологічного суспільства в гармонії з навколишнім середовищем, засвоїти методи наукового пізнання й формування наукового світогляду.

Медичні працівники повинні також усвідомлювати покладену на них відповідальність, бути доброзичливими, уважними до хворого, привітними і витриманими. Важливою є зацікавленість медичного фахівця своєю професією, любов до неї, терпіння і цілеспрямованість, поєднання рішучості з обачливістю.

Довіряючись медикові, хворий чекає від нього прояву вищих моральних якостей, хоче бачити в ньому зосередження моральних чеснот і насамперед співчуття, виключну сумлінність і самодисципліну, чесність і високу майстерність, вправність, серйозне ставлення до своєї справи і здатність до самозречення. Наявність цих якостей є моральною гарантією, основою для довіри й авторитету. Гуманізм медичного працівника збігається з соціальною функцією медицини і втілений у моральній ідеї та почуттях. Він виявляється в активному, вільному прагненні присвятити

себе хворим і, долаючи труднощі, використати усі можливості для відновлення й охорони здоров'я людей, не спричиняючи водночас їхніх додаткових страждань діями і словами.

У зв'язку з цим зазначимо, що формування особистості майбутнього медика передбачає: гуманістичне поєднання професійного становлення з формуванням високоморальних рис громадянина України; формування всебічно розвиненої, високоосвіченої, соціально активної особистості, здатної до самовдосконалення та самореалізації, виховання у неї почуття відповідальності, високої духовності; формування цінностей у процесі усвідомлення своїх інтересів та переваг; знання джерел і рушійних сил самовизначення особистості; запобігання негативному впливу на свідомість студентів інформації, яка містить елементи жорстокості, бездуховності; впровадження у свідомість молодих людей переваг здорового способу життя, формування національної культури, соціально активної, здорової та духовно багатой особистості [4].

Медична етика вимагає від особистості постійної роботи над собою не тільки в суто професійному, а й у моральному плані. Медик зобов'язаний докласти всіх зусиль для того, щоб вилікувати хворого або полегшити його страждання незалежно від національної чи релігійної належності, суспільного становища, політичних поглядів пацієнта, не зважаючи на труднощі, а якщо це необхідно, то й на власні інтереси. Це твердження визначає надзвичайну суспільну значущість медичної діяльності, від якої залежить доля людини, її життя та здоров'я. Медик зобов'язаний до останньої секунди боротися за життя хворого, роблячи все можливе й неможливе навіть у ситуації, яку теоретично вважають безнадійною.

Розглядаючи моральну культуру медиків, можемо тлумачити її як єдність професійної культури і професійної моралі. Залучення майбутніх медиків до свідомого виконання морально-етичних норм через розуміння духовних цінностей сприятиме кращому здійсненню їхньої професійної місії. Одним із складних і досить болісних питань медичної етики є ступінь відвертості з пацієнтом: чи слід говорити хворому правду про його стан, невиліковність хвороби, неминучість трагічного результату тощо. Оскільки медична етика в різних країнах формується під сильним впливом місцевих національно-культурних традицій, відповіді на ці питання також дуже різні. У нашому суспільстві прийнято вважати, що медичний працівник не повинен говорити хворому про його страшну недугу, неминучість смерті. Навпаки, він зобов'язаний усіляко підтримувати віру у

видужання, щоб не додавати до фізичних страждань людини ще й страждань душевних.

Серйозні моральні проблеми виникають і у зв'язку з дедалі поширюваною практикою трансплантації людських органів, коли перед медиком постає завдання точного визначення того, чи є донор мертвим, а чи він іще живий, і чи не буде порятунок однієї людини фактичним убивством іншої, тим більше, що медична етика вимагає боротися за життя хворого до останньої секунди, незважаючи на безнадійність ситуації. Нині визнано, що в таких випадках пріоритет має належати інтересам донора, а не реципієнта.

Також із професійно-етичними питаннями тісно пов'язана проблема евтаназії, коли невиліковно хворому для припинення його страждань прискорюють смерть шляхом медикаментозного впливу на його власне прохання.

Таким чином, робота медика вимагає не лише глибоких знань, а й повної віддачі моральних і фізичних сил, і, на жаль, не завжди закінчується успіхом. З огляду на специфіку самої професії медична етика є необхідною й невід'ємною стороною професійної спроможності. Ще з часів Гіппократа вважалося, що той, хто не є хорошою людиною, не може бути хорошим медиком. Його моральна чистота завжди ставилася в один ряд з рівнем професійної ерудиції та інтелектом. Саме гуманістична спрямованість особистості медика допомагає йому долати втому, постійно вдосконалювати свої професійні знання, відточувати діагностичні прийоми, виробляти творче клінічне мислення. Відсутність тих якостей, котрих вимагає медична етика, є свідченням професійної непридатності майбутнього медика.

Особливості медичної діяльності визначають специфічні вимоги до особистісних якостей медичного працівника, таких як альтруїзм і самодисципліна. Медичний фахівець має не лише виявляти свої моральні якості, а й впливати через них на інших, відображати моральні обов'язки, ставлення до колег, до партнерів, до членів суспільства, усвідомлювати свою моральну відповідальність і проявляти готовність виконувати свої професійні обов'язки. Поняття професійного обов'язку, професійної відповідальності, професійної совісті перетинаються з іншими, близькими за походженням: професійна честь, професійна гідність, професійна справедливість, професійний такт і поєднуються між собою.

Для медика-гуманіста його пам'ять, спостережливість, логічне мислення набувають особливого особистого сенсу, стають невід'ємними

якостями і засобом самоствердження. Людинолюбство допомагає йому стати психологом і педагогом стосовно хворого, підказує правильний вихід зі складної ситуації, виводить зі стану депресії у випадку неминучих професійних невдач і помилок.

Список використаних джерел

1. Етичний кодекс лікаря України // Здоров'я України. 2009. №19 (224). С. 30—31.
2. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах: монографія. Львів : «Край», 2013. 296 с.
3. Словник основних термінів з філософських дисциплін / [Вовк В. М., Кравець В. М., Симон Ю. С. та ін.]. К. : Київський нац. ун-т. внутр. справ, 2006. 120 с.
4. Тимофієва М. П. Психологічна концепція професійного становлення та самореалізація особистості у вищому медичному закладі // Педагогические науки. URL: http://www.rusnauka.com/34_NIEK_2010/Pedagogica/75369.doc.htm.

УДК 614.8+61:355

Штанько Василь, к.мед.н., доцент, завідувач кафедри
Перепелюк Микола, к.мед.н., доцент
Тихонова Сусанна, д.мед.н., професор
Хижняк Олена, к.мед.н., доцент
Холопов Леонід, к.мед.н., доцент
Новіков Сергій, к.мед.н., доцент

*Кафедра внутрішньої медицини №2 з курсом клінічної фармакології
Одеський національний медичний університет. м. Одеса, Україна*

ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ТА КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ З ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ МИРНОГО ЧАСУ В МЕЖАХ ВИКЛАДАННЯ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ СТУДЕНТАМ 5 КУРСУ

Анотація: Метою даної роботи є обмін досвідом та ініціація обговорення питань з оптимізації викладання циклу військової медицини студентам 5 року навчання на кафедрах внутрішньої медицини для формування знань, навичок та компетентностей щодо обсягу, послідовності та організації дій медичних працівників при виникненні надзвичайних ситуацій мирного часу.

Ключові слова: військова медицина, компетентність, організація дій, надзвичайна ситуація.

Shtanko Vasyl, PhD, associated professor, Head of the department
Perepeliuk Mykola, PhD, associated professor
Tykhonova Susanna, Dr of Medicine, professor
Khyzhnyak Olena, PhD, associated professor
Kholopov Leonid, PhD, associated professor
Novikov Serhiy, PhD, associated professor,
Internal medicine 2 department with clinical pharmacology course
Odesa National Medical University. Odesa, Ukraine

SKILLS AND COMPETENCIES FORMATION FOR THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN PEACETIME EMERGENCIES WITHIN THE FRAMEWORK OF THE TEACHING OF MILITARY MEDICINE FOR 5TH YEAR STUDENTS

Abstract. *The purpose of this work is an experience exchange and discussions initiate on optimizing the teaching of the military medicine cycle to 5 years students of training in the departments of internal medicine to develop knowledge, skills and competencies regarding the scope, consistency and organization of actions of health workers in emergencies of peacetime.*

Key words: *military medicine, competence, the organization of actions, emergency.*

Обґрунтування. Викладання військової медицини студентам на кафедрах внутрішньої медицини вищих медичних навчальних закладів України починається з теми «Організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуація у мирний час». Основі акценти розгляду теми зосереджуються, насамперед, на питаннях медичного сортування та евакуації поранених під час бойових дій [1, с. 64-95; 2, с. 8]. Однак, враховуючи глобальні кліматичні зміни, стрімкий розвиток промисловості та високу ймовірність техногенних катастроф, нагальною потребою є організація ефективної діяльності медичних працівників всіх рівнів надання медичної допомоги при виникненні надзвичайних ситуацій мирного часу. Ці навички та компетентності мають бути відпрацьовані вже під час навчання в медичному університеті.

Мета роботи — обмін досвідом та ініціація обговорення питань з оптимізації викладання циклу військової медицини студентам 5 року навчання на кафедрах внутрішньої медицини для формування знань, навичок та компетентностей щодо обсягу, послідовності та організації дій медичних працівників при виникненні надзвичайних ситуацій мирного часу.

Матеріал та методи. Робота проведена на кафедрі внутрішньої медицини №2 з курсом клінічної фармакології ОНМедУ. Клінічними базами кафедри є 2 медичних заклади: Центр реконструктивної та відновної медицини (університетська клініка) ОНМедУ та некомерційне комунальне підприємство «Міська клінічна лікарня №1» Одеської міської ради. Обидва медичних заклади є багатопрофільними. Військова медицина є складовою підготовки студентів 5 року навчання з дисципліни «Внутрішня медицина» та складається з таких форм навчання: лекції (4 години), практичних занять (30 годин) та самостійної позааудиторної роботи студентів (17 годин).

Пропозиції з оптимізації викладання курсу військової медицини формувалися на основі Наказу МОЗ України від 2 квітня 2019 р., № 423/33394 «Про затвердження положення про функціональну підсистему медичного захисту населення», який регламентує створення, склад, завдання, рівні, механізм діяльності функціональної підсистеми медичного захисту населення та поширюється на підприємства, установи та організації, що належать до сфери управління МОЗ. Керувалися визначеними в Наказі основними завданням щодо медичного захисту населення при надзвичайних ситуаціях мирного часу, а саме:

- забезпечення готовності сил і засобів до дій при виникненні небезпечних подій на суб'єктах господарювання у сфері охорони здоров'я;
- організація та проведення моніторингу і прогнозування виникнення надзвичайних ситуацій та їх розвитку у сфері охорони здоров'я;
- взяття участі у рятувальних та інших невідкладних роботах з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;
- організація та проведення навчань (тренувань) з підготовки суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та сил цивільного захисту;
- здійснення заходів щодо укриття персоналу та хворих (пацієнтів), суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я у захисних спорудах цивільного захисту.

Результати та їх обговорення. Визначили, що студенти повинні знати склад сил цивільного захисту функціональної підсистеми: галузева медична спеціалізована служба цивільного захисту; територіальні та об'єктові медичні спеціалізовані служби цивільного захисту; підрозділи системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; спеціалізовані медичні загони; спеціалізовані медичні бригади; групи радіаційного спостереження і дозиметричного контролю; групи хімічного спостереження і контролю; групи епідеміологічного спостереження і контролю; дезінфекційні бригади.

Акцент у навчанні визначається необхідністю розуміння, що залежно від масштабів і особливостей надзвичайної ситуації, що прогнозується або виникла, може впроваджуватись один з таких режимів діяльності функціональної підсистеми: режим повсякденного функціонування; режим підвищеної готовності; режим надзвичайної ситуації; режим надзвичайного стану.

Враховуючи обмеженість тривалості циклу військової медицини на 5 курсі, увага акцентується на найбільш відповідальному режимі, а саме на

режимі надзвичайної ситуації. Його складовими є оповіщення органів управління та сил цивільного захисту функціональної підсистеми про виникнення надзвичайної ситуації та інформування про дії в умовах такої ситуації; введення в дію відповідних планів реагування на надзвичайні ситуації; організація робіт з локалізації і ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, залучення для цього необхідних сил і засобів функціональної підсистеми (у межах компетенції медичного працівника); організація та здійснення медичного сортування (за потреби) при евакуаційних заходах, медичного забезпечення населення під час евакуації в районі надзвичайної ситуації та в місцях розміщення евакуйованого населення; організація та забезпечення надання медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайної ситуації.

Для формування практичних навичок та компетентностей особливу увагу під час практичних занять, самостійної аудиторної та позааудиторної роботи слід моделювати надзвичайні ситуації мирного часу, які ймовірні в нашому регіоні (наприклад, на клінічних базах, Одеському припортовому та нафтопереробному заводах, при виникненні повінню, землетрусу та інше) з застосуванням карт місцевості з дорогами та залізничними шляхами, реальними населеними пунктами та існуючими можливостями закладів охорони здоров'я, відомості про які можна отримати з відкритих джерел. Організація та надання медичної медичної допомоги на догоспітальному етапі (приймальне відділення – відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги) та госпітальному етапі (профільні відділення) моделюються з урахуванням існуючої структури клінічних баз кафедри.

Висновок. Наш досвід викладання дозволяє стверджувати, що імітація умов, максимально наближених до передбачуваної в даному регіоні надзвичайної ситуації, створює у студентів відчуття реальності, розуміння особистої ролі та професійної відповідальності, що спонукає до зважених організаційно-лікарських рішень й дій та відповідає досягненню мети навчання, - формуванню компетентності з організації та надання медичної допомоги в умовах надзвичайних станів мирного часу.

Список використаних джерел

1. *Воєнно-польова терапія : підручник [за ред. Г.В. Осьодло, А.В. Верби]. К.: СПД Чалчинська Н.В., 2017. 620 с.*
2. *Організація надання невідкладної медичної допомоги у військових частинах (закладах) Збройних Сил України: методичні рекомендації / 2-е вид., перероб. і доп. [В.Б. Андронатій, Ю.М. Астапов, М.П. Бойчак та ін.]; ВМД Міністерства оборони України. К.: 2014. 144 с.*

УДК: 35+61

*Мацеевская Юлия, студентка
Пантази Владислав, студент
Демочко Анна, доцент
Харьковский национальный медицинский институт
Харьков, Украина*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Медицина важная наука, которая имеет два основных подразделения - общая и военная медицина; обе структуры имеют значительную разницу, как в этапе подготовки специалистов, так и на этапе развития каждой дисциплины.

***Ключевые слова:** Медицина. Военная медицина. Образование. Этапы подготовки медиков. Медицинский и военно-медицинский персонал.*

*Matsiyevskaya Yuliya, student
Pantazi Vladyslav, student
Demochko Anna, PhD, associated professor
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine*

CURRENT STATE AND ACTUAL PROBLEMS OF MEDICINE AND MILITARY-MEDICAL EDUCATION

Medicine is an essential science, that has two main division – general and military medicine; both structures have a significant difference, both in the stage of teaching specialists, and at the stage of development of each discipline.

***Keywords:** medicine, military medicine, education, stages of training for doctors, medical and military-medical staff.*

Медицина – древнейшее народное занятие. С латыни переводится как «лечебное искусство» или «искусство исцеления». Это сложная система совокупности, накопленной тысячелетиями теории и еще более древней практики. Преследуемыми целями являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни, предупреждение или лечение заболеваний, или просто облегчение симптомов.

«Я хочу быть доктором, когда вырасту!» Мы часто слышим эту фразу от маленьких детей, это похвально, ведь это говорит о желании помогать людям. Но так ли на самом деле много медперсонала в нашем государстве? На наш взгляд- нет.

Для того, чтобы получить высшее образование и стать доктором, необходимо пройти серьезные психологические препятствия. Первое из них- это осознание и обдумывание своего желания очень тщательно, ведь

речь идет не о 2-3 годах обучения, а 8-11 годах. Это большой срок, после которого на плечи медика возлагается невероятная ответственность.

Благо, если человек сделал выбор в эту сторону, сопутствующие факторы помогают уверенно идти к своей цели. Под фразой «сопутствующие факторы», мы подразумеваем помощь государства в поднятии уровня медицинского образования. Это реконструкция зданий университетов, оснащение кафедр необходимыми материалами, обеспечение пособиями, учебниками и другой литературой студентов, достойные жалования преподавателей и другого персонала.

Также, хочется отметить агитацию и информирование подрастающего поколения о потребностях медицинских работников, которая видна статистически.

Этапы подготовки профессионалов в области классической (не военной) медицины довольно сложны и не кратки. После получения среднего образования, имея ориентир на данную специальность, есть две стартовые позиции: получение полного среднего образования в медицинском (или в любом другом) колледже или же зачисление 11-ти классов школы для все того же полного среднего образования, но далее следует на базе аттестата и результатов теста ЗНО поступать в высшее учебное заведение. Там нас ждет 6 курсов всевозможных программ, 1-2 года интернатуры и 3 глобальных теста, которые сыграют решающие роли. На наш взгляд, вполне обоснованный срок обучения и качественный отбор абитуриентов для возможности исполнять обязанности врача.

При этом, обучение в медицинском университете дает возможности для развития себя в разных областях от театральной деятельности до спорта. Выпускники покидают заведения всесторонне развитыми, квалифицированными и интеллигентными людьми.

Подготовка кадров – ответственная часть и неотъемлемый аспект развития страны в той или иной области. Именно поэтому создание новых школ, усовершенствование образования и работа над его качеством – приоритетное направление деятельности суверенного государства.

Система подготовки кадров включает в себя: создание правовой основы, наличие профессорско-преподавательского состава и материальное обеспечение. Военно-медицинское образование, на наш взгляд, одно из обязательно прилегающих к системе безопасности государства. Опираясь на слова профильных специалистов о роли военных медиков, четко формируется их роль и значение: в армиях стран Североатлантического альянса боевой медик имеет знания и оказывает

помощь раненым на уровне санинструктора роты. Но работа начинается на уровне взвода, что непосредственно приближает его к раненым и значительно повышает шансы на сохранение жизни бойцов.

Боевой медик имеет широкий профиль, но его задача больше не в излечении и терапии людей, а в немедленной и безотлагательной помощи узкого назначения. Боевой медик, чаще всего, там, где в его помощи особо острая нужда – на передовой. Там он не только оказывает доврачебную медицинскую помощь или срочную медицинскую помощь, но и организывает эвакуацию гражданского населения и военных.

Высшее образование для военных докторов не обязательно. Достаточно 3-5 месяцев интенсивной подготовки – качественного обучения и постоянной практики. Взводный боевой медик должен постоянно находится рядом с бойцами и учить их ответственно относиться не только к своей жизни, но и к жизни сослуживцев, учить и их оказывать доврачебную медицинскую помощь, а также его роль в выявлении заболеваний солдат и отправлении их к фельдшеру или доктору.

По отчетам управленческих фракций государства, понятно, что на сегодняшний день военная медицина – не самая сильная область в Вооруженных Силах Украины, состоянием на сегодня. В 2014 году не было ни одного учебного подразделения по подготовке санинструкторов.

К сегодняшнему моменту, произошло смещение приоритетов с непосредственной подготовки квалифицированного медперсонала на подготовку специалистов базового уровня. По словам координатора планирования и реформы медицинского направления Проектного офиса реформ Министерства обороны Украины Марьяны Безуглой, первым этапом в создании центра стало обучение квалифицированного инструкторского персонала по стандартам НАТО. Украинская военно-медицинская академия постепенно налаживает связи с учебными заведениями и научными учреждениями зарубежных стран для последующего сотрудничества в различных сферах деятельности.

Подводя итоги, скажем о том, что медицина – это важнейшая составляющая общества. Она идет в ногу со временем все больше совершенствуясь и приобретая новые масштабы. Человечество не останавливается и стремится к совершенству, благодаря этому, количество специалистов в мире неуклонно растет. Не обязательно нужно быть медиком, чтобы быть хорошим, интересным и полезным человеком. Но всегда нужно совершенствовать себя, тем самым совершенствуя мир. Мы будем мудры и ответственны, мы принесем этому миру пользу.

НОВІТНІ ПІДХОДИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ (ПРОВІЗОРІВ)

УДК 378.016:577.1]:378.096:[378.4:61](477)

Александрова К. В.

д.хім.н., професор, завідувач кафедри

Крісанова Н. В.

к.б.н., доцент, доцент кафедри

Рудько Н. П.

к.б.н., ст. викладач

Кафедра біологічної хімії

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЯКІСНОГО НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ВИКЛАДАННІ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ НА МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТАХ У ЗВО УКРАЇНИ

Анотація. У статті проводиться аналіз особливостей викладання біологічної хімії для студентів медичних факультетів в умовах перерозподілу часу, відведеного на навчання студентів, у сторону зменшення частки аудиторних годин (лекції та практичні заняття) та збільшення часу на самостійну роботу студентів. Такі зміни дають як переваги, особливо в умовах діджиталізації, так і створюють певні проблеми, насамперед для тих студентів, які не мають якісних знань з хімії, біології та фізики. Колектив кафедри біологічної хімії ЗДМУ пропонує конкретні заходи удосконалення педагогічного процесу вивчення біологічної хімії з метою підвищення якості підготовки спеціалістів з лікарської справи.

Ключові слова: біологічна хімія, якість навчання, самостійна робота студентів, комплексний підхід

Aleksandrova K. V.

Dr. Hab., Professor, Head of the Department

Krisanova N. V.

PhD, Associate Professor

Rudko N. P.

Ph.D., Assistant Professor

Department of Biological Chemistry

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

CURRENT PROBLEMS OF QUALITY EDUCATIONAL PROCESS FORMATION IN THE STUDY OF BIOLOGICAL CHEMISTRY AT THE MEDICAL FACULTIES OF UNIVERSITIES IN UKRAINE

Abstract. The article analyzes the peculiarities of biological chemistry teaching for students of medical faculties in the conditions of redistribution of time devoted to students' study in the direction of reducing the share of classroom hours (lectures and practical classes) and increasing the time for independent work of students. Such changes have both advantages, especially in the context of digitization, and create certain problems, especially for those students who lack qualitative knowledge in chemistry, biology and physics. The staff of Biological Chemistry Department of ZSMU proposes concrete measures to improve the

pedagogical process of biological chemistry studying in order to improve the quality of training of specialists in medicinal business.

Keywords: *biological chemistry, quality of teaching, independent work of students, integrated approach*

Біологічна хімія як навчальна дисципліна базується на знаннях з таких дисциплін як органічна, неорганічна та медична хімії, біофізика, нормальна фізіологія, анатомія людини та інтегрується з цими дисциплінами. Також вона закладає основи вивчення студентами внутрішньої медицини, хірургії, акушерства та гінекології, імунології, фармакології та інших дисциплін, що вивчаються у медичних ЗВО. Це є передумовою необхідності інтеграції викладання біохімії з цими дисциплінами, що дозволить студентам сформувати вміння застосовувати знання з біологічної хімії у подальшому навчанні та в професійній діяльності.

Результатом якісної роботи викладачів і студентів з вивчення біологічної хімії мають бути теоретична та частково практична база для наступних компетенцій студента:

- пояснювати особливості метаболізму вуглеводів, ліпідів, білків, порфіринів, нуклеїнових кислот, обміну води та мінеральних речовин в організмі здорової людини та при розповсюджених захворюваннях;
- трактувати біохімічні механізми розвитку деяких патологічних процесів;
- аналізувати найбільш інформативні клініко-біохімічні показники для діагностики патологічних процесів та контролю протікання захворювання;
- трактувати біохімічні основи зміни дії таких активних речовин як ферменти, гормони, вітаміни при різних захворюваннях;
- давати клініко-біохімічну характеристику обміну речовин для окремих органів та систем організму при порушенні їх функцій у порівнянні з нормою;
- планувати стратегію клініко-біохімічних обстежень пацієнтів при різних захворюваннях;
- аналізувати клініко-біохімічну оцінку результатів лабораторного обстеження пацієнтів при порушенні функціонування органів та систем;
- аналізувати типові помилки клініко-біохімічної оцінки результатів лабораторного обстеження пацієнтів.

Світовий рівень наукових досліджень в біології і, зокрема, в біохімії живих систем у даний час досяг таких висот, що отримані результати дозволяють інтерпретувати їх у різних напрямках вивчення біологічної

хімії як дисципліни з метою підготовки висококваліфікованого фахівця в галузі медицини. Сучасна клінічна біохімічна лабораторія отримала в арсенал такі нові методи досліджень, як полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), блотинги, радіоімунні методи досліджень, серед яких ELISA, імуноферментний аналіз та інші. Наприклад, надсучасна методика CRISPR може бути використана у якості високоточного діагностичного інструменту. Цю методику застосували для виявлення двох поширених типів вірусу папіломи, відповідальних за розвиток деяких видів раку у людини. Система, яку було названо «DETECTR», справляється зі своєю роботою приблизно за годину і коштує менше долара. Точність технології становить від 92 до 100%. Інша технологія «SHERLOCK» була запропонована для ідентифікації вірусів і бактерій, а також пошуку онкогенних мутацій за зразком крові [1, 4].

Досягнення в галузі вивчення людського генома, факторів регуляції експресії генів у еукаріотів, дозволили по-новому поглянути на вирішення проблем розробки сучасних методів ранньої діагностики, лікування спадкових захворювань і моніторингу перебігу захворювання та успішності лікування. Активно йде розробка лікарських препаратів нового покоління з лікування онкологічних захворювань, так як отримані принципово нові дані щодо механізмів формування злоякісної пухлини і чинників контролю її зростання.

Викладачі кафедри біологічної хімії ЗДМУ чітко усвідомлюють, що обсяг фактичних даних з біологічної хімії у зв'язку з цим збільшується в рази, розширюється термінологія предмета, збільшується кількість міжпредметних зв'язків з іншими медико-біологічними дисциплінами. Все це вимагає від студента, який прийшов на другий курс навчання в медичному вузі, спеціальної підготовки з органічної хімії, фізики та біології. На жаль, практично 65 відсотків складу студентів-другокурсників не можуть після літніх канікул без підготовки відповісти іноді на найпростіші питання з вищезазначених дисциплін. Найбільше пригнічує відсутність у більшості студентів мотивації до вивчення біохімії. Здатність робити логічні висновки з питань, що вивчаються, по теорії біохімії мають лише близько 10 відсотків студентів навчальної групи. Чому це так, спробуємо розібратися.

Що спостерігається в освітньому процесі вищої медичної школи України з біологічної хімії? За останні два роки скоротилася кількість годин аудиторної роботи студентів зі збільшенням частки самостійної роботи, зменшилася кількість годин на лекційний курс з дисципліни. Йде

полеміка зі зміни смислової спрямованості лекційного курсу з пропозицією: замінити традиційні лекції згідно програми дисципліни відео-лекціями з елементами дистанційних методів навчання; на потоках повинні читатися тільки проблемні, або оглядові лекції з біологічної хімії [2]. Здавалося б, хіба це погано: впровадити сучасні інформаційні технології в навчальний процес, змінити акценти в освітньому процесі шляхом збільшення кількості годин на самостійну роботу студента? Все б було добре, якби ми отримували на другий курс дійсно підготовлений контингент студентів з «багодатним ґрунтом» - з базою знань, що дозволяє успішно вирішувати завдання якісного навчання предмету. Півроку на першому курсі студентами медичного факультету вивчається органічна та інші хімії, які на виході навіть не мають в програмі навчання 1-го курсу диференційованого заліку. Давайте подивимося відсоток абітурієнтів, які вступили на медичний факультет ЗДМУ за результатами іспиту з хімії. За останні два роки кількість таких студентів за даними приймальної комісії становить в процентному відношенні менше двох відсотків, велика частина абітурієнтів проходить на спеціальність «Медицина» за результатом іспиту з біології. Якісний рівень хімічної підготовки в середній ланці освіти значно знизився. Викладачі вищої школи, які беруть участь в підготовці старшокласників до олімпіад з хімії, констатують факт зниження інтересу школярів до вивчення предмета. Які причини цього феномену? Відповідь на це питання повинні давати вчителі середньої школи і чиновники міністерства освіти України.

Турбує ще один момент - збільшення чисельності абітурієнтів, які вступають на медичні факультети України на контрактній основі. Таким чином створюються умови потрапляння на навчання за спеціальністю «Медицина» випадкових людей з низьким рівнем підготовки з предметів природничого циклу, без бажання працювати, удосконалюватися, для яких оцінка «задовільно» є межею мрій.

Давайте розглянемо систему підготовки студентів вищих медичних шкіл в країнах Євросоюзу, куди ми так прагнемо. Абітурієнти у Великобританії повинні пройти дворічне навчання з предметів природничого циклу та здати успішно випускні іспити, перш, ніж бути зарахованими на перший курс вищої медичної школи. Для вступу в медичну школу при університеті у Великій Британії студенту необхідно пройти підготовку за однією з підготовчих програм:

- один рік підготовчої програми A-level - необхідно отримати мінімум три оцінки "A". Оцінка "A" з хімії - обов'язкова для всіх медичних шкіл.

Крім того, обов'язковим є отримання ще двох оцінок А: з біології, фізики або математики. Приймальні комісії не розглядають оцінки, отримані за такі предмети як загальні знання, критичне мислення, глобальні перспективи і дослідження;

- дворічний ІВ (International Baccalaureate) з хімією в якості основного предмета, а також біологією, фізикою чи математикою в якості другого предмета.

Крім цього, процес вступу обов'язково включає в себе співбесіду і здачу комплексного іспиту [3].

У Німеччині скасовано плату за навчання у вищій медичній школі, але підвищено вимоги прийому абітурієнтів. Протягом доклінічного періоду навчання (1-4 семестри), який триває два роки, студент повинен придбати необхідні для своєї майбутньої професії лікаря знання в галузі природничих, основоположних медичних і гуманітарних наук, а також навички надання швидкої медичної допомоги та догляду за хворими. На цьому етапі студенти вивчають такі предмети: фізику, хімію, біологію, медичну термінологію, фізіологію, біохімію, анатомію, гістологію, медичну психологію. Організовується також практика по введенню в спеціальність і введенню в клінічну медицину. Для цього студенти проходять дводенний курс швидкої допомоги і відпрацьовують 3 місяці практики в лікарні або клініці. В кінці другого курсу проводиться Перший Державний іспит.

У Франції на перший курс можуть набрати необмежену кількість абітурієнтів, але перехід на другий курс передбачає перелік дуже жорстких вимог і критеріїв, за якими відсіюється достатньо велика кількість з тих, хто навчається на 1-му курсі. Приблизно кожен п'ятий студент у Франції не може закінчити перший курс і здати іспит PACES з основ медицини. Таким чином, у вищій медичній школі залишаються навчатися найдостойніші, здатні засвоювати знання та навички, необхідні для майбутньої професії. Сама собою відпадає проблема спеціальних протекцій і гаманця.

Рослина активно зростає у ґрунті, який підготовлено для її зростання, за умови дотримання всіх вимог агротехніки. В аналогії з цією фразою студент буде успішно засвоювати теоретичні питання біологічної хімії за умови, з одного боку, наявності у студента знань про структуру і фізико-хімічні властивості органічних молекул живих систем, з іншого боку, за умови правильного підбору методів і засобів освітнього процесу.

Як працювати викладачеві з тим контингентом студентів, який ми отримуємо? Яким чином ліквідувати ті «прогалини» в знаннях за такий короткий період часу в два семестри вивчення біологічної хімії? Завдання вкрай важке, його вирішення потребує комплексного підходу і спільної роботи викладацького складу 1-2-х курсів медичного факультету. Ми вважаємо, що в робочих програмах дисциплін першого курсу, на яких базується вивчення біологічної хімії (загальна і біоорганічна хімія, біологія, біофізика) повинні чітко фіксуватися питання теорії, що мають пряме відношення до нашого предмету.

Список використаних джерел

1. *Александрова К. В. Перспективи розвитку молекулярно-біохімічних досліджень для розробки ефективних методів клініко-лабораторної діагностики / К. В. Александрова, Н. П. Рудько, Н. В. Крісанова // Збірка тез всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні питання молекулярно-біохімічних досліджень та лабораторного скринінгу у клінічній та експериментальній медицині», 11-12 квітня 2019 р. – м. Запоріжжя. – С. 9-10.*
2. *Дзяк Г. В. Удосконалення самостійної роботи студентів – важлива складова в реалізації галузевого державного стандарту медичної освіти / Г. В. Дзяк, Т. О. Перцева, Г. В. Горбунова, Н. В. Ліхолетова // Медична освіта. – 2004. – №1. – С. 15-16.*
3. *Медицинское образование в Великобритании. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.unipage.net/ru/education_medicine_uk. – Назва з екрана.*
4. *Ding Q. Enhanced efficiency of human pluripotent stem cell genome editing through replacing TALENs with CRISPRs. Q. Ding, S. N. Regan, Y. Xia, and others // Cell Stem Cell. – 2013. – N 12. P.393–394.*

УДК 378:61(477)

*Кузьміна Ірина,
Доктор мед. наук, професор, професор кафедри
Сафаргаліна-Корнілова Надія
Кандидат мед. наук, доцент, Доцент кафедри
Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О.Альперна
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

СУЧАСНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДИКИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Анотація. У статті розглядаються питання сучасних педагогічних технологій та методики розвитку вищої медичної освіти, що засновані на впровадженні новітніх прийомів навчання студентів. Доведено, що використання сучасних педагогічних технологій - одне з найперспективніших напрямків розвитку вищої освіти, які сприяють більшій індивідуалізації навчального процесу, інтенсифікації навчання, виховання та формування особистості майбутнього фахівця.

Ключові слова: сучасні педагогічні технології, система підготовки лікаря, сучасні вимоги і стандарти освіти

Kuzmina Iryna.,
Dr. med. sciences, professor, Professor of the Department
Safargalina-Kornilova Nadiya
PhD (Medical Sciences), Associate Professor, Associate Professor of the Department
Department of Pathological Physiology by D.E. Alpern,
Kharkiv National Medical University.
Kharkiv, Ukraine

MODERN PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES AND TRAINING METHODS FOR FUTURE DOCTORS

Annotation. *The article discusses the issues of modern pedagogical technologies and methods of development of higher medical education, based on the introduction of the latest teaching methods of students. It is proved that the use of modern pedagogical technologies is one of the most promising areas of higher education development, which contribute to greater individualization of the educational process, the intensification of training, education and personality formation of a future specialist.*

Key words: *modern pedagogical technologies, doctor training system, modern requirements and education standards*

Вища медична освіта є найважливішим етапом підготовки висококваліфікованих лікарів, які в майбутньому забезпечують розвиток медичної науки та практики. Методики підготовки лікаря – це способи взаємопов'язаної діяльності педагога і учня, які сприяють накопиченню позитивного, практичного і соціального досвід [5].

Для якісної підготовки фахівців перед вищою медичною освітою стоять завдання комплексного підходу до підготовки майбутніх лікарів, що полягають у впровадженні сучасних інноваційних технологій, подальшого створення університетських клінік та лікарень, необхідність удосконалення нових стандартів контролю й оцінки якості підготовки студентів [3].

Вища освіта має великий вплив на формування особистості студента, розвиток та удосконалення його інтелектуальної зрілості.

Для формування майбутнього лікаря використовуються певні прийоми, які спільно з методами навчання накопичуються практикою, збагачуються теорією і рекомендуються до їх втілення у роботу фахівця.

Майбутній фахівець-медик повинен володіти прагненням до самоосвіти протягом усього життя, володіти новими технологіями і розуміти можливості їх використання, вміти приймати самостійні рішення[6].

Система освіти в нашій країні також зазнає поступове перетворення з урахуванням основних тенденцій, що відбуваються в світовому освітньому

просторі. Національні інтереси України, при розвитку вищої освіти, включають забезпечення його якості, що відповідає сучасним, інноваційним потребам економіки та інтересам громадян зі збереженням позитивного досвіду, накопиченого в системі освіти.

Сучасні педагогічні технології по-новому реалізують зміст навчання і забезпечують досягнення поставлених дидактичних цілей, маючи на увазі наукові підходи до організації навчально-виховного процесу у ВНЗ, розширюють діапазон що надаються студентам освітніх послуг, змінюють і надають нові форми, методи і засоби навчання. Використання сучасних педагогічних технологій - одне з найперспективніших напрямків розвитку вищої освіти, які сприяють більшій індивідуалізації навчального процесу, інтенсифікації навчання, виховання, формування особистості майбутнього фахівця.

В процесі навчання студент постійно удосконалюється: зміцнюються його ідейні переконання, професійна спрямованість і накопичується певний досвід.

Актуальною проблемою вищої медичної освіти є залучення теоретичних кафедр до формування професійної компетенції лікаря. Досягнення цієї мети представляється можливим, якщо створена сучасна теорія, методологія і концепція професійної спрямованості процесу навчання на всіх теоретичних кафедрах, визначено місце, значення і функції кожної теоретичної дисципліни в системі підготовки лікаря, а також ступінь відповідності змісту сучасним вимогам і стандартам формам освіти [1].

У зв'язку з цим привертають увагу технології, що засновані на сучасному та якісному навчанні, що покликані забезпечити готовність студентів до вивчення клінічних дисциплін на основі фундаментальних знань.

На кафедрі патологічної фізіології імені Д.О. Альперна Харківського національного медичного університету (ХНМУ) використовуються кілька шляхів введення навчального матеріалу по загальним методологічним принципам, які стосуються вивчення теоретичних дисциплін в медичному вузі. Вони базуються на розумінні суті явищ, що відбуваються в організмі хворого, осмисленні молекулярних механізмів розвитку захворювань, ефективності медикаментозного лікування пацієнтів, формуванні професійної компетенції студентів.

Теоретичні дисципліни у медичному Вузі відкривають перед студентами питання загального вивчення хвороби, причини та механізми її

розвитку. В системі вищої медичної освіти вони сприяють формуванню у майбутнього лікаря відносини до патологічного процесу як явища, що реалізується в конкретних умовах навколишнього середовища. Відомі медичні істини: «немає однакових хвороб, а тому немає однакових способів лікування» і «треба лікувати хворого, а не хворобу» в теперішній час набувають нового, обґрунтованого значення.

Основна мета базових дисциплін полягає у навчанні студентів питанням етіології, механізмів виникнення, розвитку та ліквідації патологічних процесів і хвороб. Це має велике значення для подальшого успішного засвоєння клінічних дисциплін і спілкування з хворими.

У формуванні майбутніх лікарів виняткове значення має особистий авторитет викладача. Чим вищий у викладача інтелект, чим більше він підготовлений і освічений, тим більше число студентів отримують хороші знання з предмету і орієнтуються у виборі своєї майбутньої лікарської спеціальності. Роль викладача при підготовці студентів у вищих навчальних закладах медичного профілю, новітні розроблення і впровадження їх у систему освіти з використанням сучасних інформаційних технологій, дуже важлива і актуальна на сучасному етапі підготовки досвідчених фахівців [5].

Симуляційні методи освіти мають велике значення в навчальному процесі. Це доцільний і необхідний напрям, який допомагає вирішити питання оволодіння практичними навичками. Мета даного методу навчання передбачає підвищення якості підготовки фахівців шляхом засвоєння практичних навичок з теоретичних і клінічних дисциплін на фантомах та муляжах. Методика організації практичних занять спрямована на активне залучення студента в процес моделювання клінічної ситуації, підбору відповідного методу терапії, надання медичної допомоги, а також формування відповідального ставлення студента до хворого, як майбутнього фахівця. При цьому, хворі не піддаються будь-яким маніпуляціям для тренування учнів, в чому і полягає велика соціальна роль цього засобу навчання [8].

Впровадження новітніх технологій навчання дозволяє вирішити завдання підвищення якості вищої медичної освіти, за умови освоєння фундаментальних знань, що сприятимуть ефективному їх застосуванню у професійній підготовці студентів-медиків [7].

Велике значення має залучення студентів до норм життя, прийнятих в суспільстві і актуальних в роботі лікаря: моральності, моралі, етики і деонтології.

На клінічних кафедрах викладачі визначають рівень фундаментальних знань, що дозволяють діагностувати патологічний процес, з'ясовують здатність студента обґрунтовувати терапію захворювання, дізнаються про ступінь професійної компетенції майбутнього фахівця.

Для якісного засвоєння знань студентами необхідно використання комп'ютерних технологій. Формування професійної спрямованості студентів можливо не тільки з використанням друкованих джерел інформації, але і технічних засобів навчання. Підключення комп'ютерних технологій до навчального процесу дозволяє використовувати новітні досягнення в науці як вітчизняних, так і іноземних вчених [2].

Тому для підготовки до навчального заняття необхідно рекомендувати літературу бібліотечного фонду навчального закладу, а й давати посилання на інтернет-джерела основної та науково-дослідницької літератури, необхідної при підготовці до теми практичного заняття.

Крім цього, під час підготовки до заняття, викладачі повинні надавати студентам можливість ознайомитися з новими розробками в медицині, за допомогою використання відеоматеріалу, який був підготовлений співробітниками кафедри, або викладений в Інтернеті [4].

Формування майбутнього лікаря відбувається поступово, з використанням певних прийомів, які спільно з методами навчання сприяють якісному оволодінню медичною спеціальністю. Велике значення в накопиченні знань у студентів має їх ерудиція, логічне мислення, працьовитість, комунікабельність, без чого неможлива їх успішна професійна діяльність. Фактором для підвищення творчого потенціалу у студентів вищої школи, є вдосконалення професійних навичок і безпосередній контакт з досягненнями науково-технічного прогресу. У зв'язку з чим, в медичних вищих навчальних закладах приділяється велика увага профільності викладання і якості навчання як на теоретичних, так і клінічних кафедрах.

Таким чином, сучасні педагогічні технології та методики підготовки майбутніх лікарів призначені для створення висококваліфікованих спеціалістів, що конкурентні на ринку праці фахівця, здатні до ефективної роботи на рівні світових стандартів і готові до постійного професійного зростання, соціальної та професійної мобільності.

Список використаних джерел

1. Вороненко Ю. В. *Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє* // *Медична освіта*. 2017. № 3. С. 32–35.

2. Інноваційні освітні технології в післядипломному навчанні лікарів: психолого-педагогічні аспекти / О.М. Хвисюк, В.Г. Марченко, М.П. Гиря [та ін.] / Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні : матеріали 15-ї Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 17–18 трав. 2018 р.). Тернопіль, 2018. С. 70–74.
3. Запорожан В. М. Інноваційні підходи до підготовки сучасного лікаря // Медична освіта. 2014. № 2. С. 38–40.
4. Машейко І.В., Пелешенко Г.Б., Машейко А.М. Роль інформаційних технологій у викладанні дисципліни студентам вищих медичних навчальних закладів // Медична освіта. 2018. № 1. С.23–26.
5. Олексіна Н.О., Волосовець О. П., П'ятницький Ю.С. Медична освіта: відповіді на виклики сучасності // Медична освіта. 2018. № 2 (78). С. 36–40.
6. Організація навчального процесу у вищих навчальних закладах Міністерства охорони здоров'я України в умовах впровадження Закону України «Про вищу освіту» (за підсумками моніторингу в 2016 р.) / Ю.С. П'ятницький, І.В. Мельник, М.О. Поліщук, Ю.І.Фисун // Медична освіта. 2016. № 2. С. 29–35.2.
7. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
8. Workplace-based assessment: raters' performance theories and constructs / M. Govaerts, M. Van de Wiel, L. Schuwirth, C. Van der Vleuten [et al.] // Adv. Health Sci. Educ. 2013. Vol. 18. P. 375–396.

УДК: 378.147.091.33-021.464.016:612

Куц О.Г., д.б.н, професор, зав. кафедри
Жернова Н.П., к.с.-г.н., ст. викладач
Степанова Н.В., к.м.н., доц.
Сухомлінова І.Є., к. м.н., доц.
Тихоновська М.А., к.м.н., доц.
Морозова О.В., к.м.н., доц.
Омелянчик В.М., к.м.н, доц.
Бессараб Г.І., к.м.н, доц.
Кафедра нормальної фізіології
Запорізький державний медичний університет,
Запоріжжя, Україна

НОВІТНІ ФОРМИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ ФІЗІОЛОГІЯ

Анотація: Поставлена проблема контролю якості виконання самостійної роботи студентів в системі медичної освіти України, яка потребує сучасних форм і нових методів організації, виконання та контролю в парадигмі вищої освіти України. Також актуальним є питання стандартизації оцінювання самостійної роботи, що неможливо без використання засобів і можливостей, які надають комп'ютерні технології та Інтернет для поглиблення знань студентів та формуванню професійних компетентностей.

Ключові слова: самостійна робота студентів, Європейська кредитно-трансферна система, масові відкриті он-лайн курси, дистанційна освіта, якість навчання, методика самостійної роботи студентів.

Kushch O.H., Doctor of Biology, (MD), Professor,
Zhernova N.P., Candidate of Biology, (PhD), Senior Lecturer
Stepanova N.V., Candidate of Medicine, (PhD), Associate Professor
Sukhomlinova I.Ye., Candidate of Medicine, (PhD), Associate Professor
Tykhonovska M.A., Candidate of Medicine, (PhD), Associate Professor
Morozova O.V., Candidate of Medicine, (PhD), Associate Professor
Omelianchyk V.M., Candidate of Medicine, (PhD), Associate Professor
Bessarab H.I., Candidate of Medicine, (PhD), Associate Professor
Department of Normal Physiology
Zaporizhzhya State Medical University
Zaporizhzhya, Ukraine

NEWEST FORMS OF STUDENTS' INDEPENDENT WORK AND ITS EFFICIENCY AT STUDYING PHYSIOLOGY

Abstract: The problem of quality control of performance of independent work of students in the system of medical education of Ukraine is posed, which requires modern forms and new methods of organization, implementation and control in the paradigm of higher education of Ukraine. Also relevant is the issue of standardizing self-assessment, which is impossible without using the tools and capabilities provided by computer technology and the Internet to enhance students' knowledge and build professional competencies.

Key words: independent work of students, European credit transfer system, mass open online courses, distance education, quality of training, methods of independent work of students.

Імплементація технологій e-learning у систему додипломної освіти медичного університету курсів у форматі курсів за вибором дозволяє надати студентам реальний вибір курсів, а також відображати в контенті цих курсів найсучасніші досягнення науково-практичного напрямку. Впровадження в навчальний процес онлайн-курсів для самостійної роботи привносить елементи інтерактивності до процесу навчання, а також створює умови для дистанційного моніторингу навчальної активності студентів викладачами. Розробка онлайн-курсів на кожній кафедрі університету закладає фундамент формування корпоративної бази знань університету, яка динамічно відображає сучасні тенденції розвитку науково-практичних напрямків медицини та фармації і створює умови для оптимізації траєкторії доставки навчального матеріалу до студента. Підвищення рівня ІТ-компетенцій викладачів та студентів дозволяє ставити завдання розробки підходів до персоніфікації навчання. Візуалізація досягнень студента в персональному портфоліо може стати вагомим фактором мотивації студента до успішного навчання. [2, с 48-51].

Характерною рисою організації освіти у закладах освіти є збільшення частини самостійної роботи студентів у робочих програмах навчальних дисциплін. Використання сучасних інтернет- та хмарних сервісів дозволяє

організувати самостійну роботу студента (СРС) за новими принципами, зробити її інтерактивною та контрольованою, використовуючи засоби дистанційного моніторингу навчальної діяльності (активності) [3, с. 3-4].

Самостійна робота студентів медичних вищих навчальних закладів на сьогоднішній день займає левову частку навчального програмового матеріалу, і домінує серед інших видів навчальної діяльності. І в умовах сучасності перед педагогічними працівниками постала задача: як найраціональніше використати той час, як донести до студентства ту найбільш цінну, змістовно та дидактично вивірену інформацію, сформувати професійну та спеціальну термінологію і навіть проконтролювати, як студенти виконують самостійну роботу та оцінити її якість.

Під час вивчення навчальної дисципліни виділяють наступні види навчальної діяльності студентів:

- слухання лекцій,
- виконання практичних робіт та
- самостійна робота студентів, які додатково включає роботу з літературою, підготовку рефератів; підготовку до іспитів та ін., які потребують від студентів щоденної наполегливої праці.

Перехід Європейської кредитно-трансферної системи, яка заснована на оцінюванні всіх видів роботи студента, необхідних для досягнення цілей, зазначених у навчальній програмі, передбачає інтеграцію різних видів і форм навчання, які підпорядковуються загальній темі навчального предмета. В умовах кредитно-трансферної технології навчання змінюється функція викладача в організації навчальної діяльності студентів. Його основне завдання полягає в управлінні самостійною роботою студентів, формуванні спонукальних мотивів учіння, визначенні цілей і завдань навчальної діяльності, її організації, контролі за результатами процесу навчання [5].

За даними Ортинського В.Л. [4], організація і методика самостійної роботи студентів мають бути підпорядковані певним вимогам:

- 1) розвиток мотиваційної установки у студентів.
- 2) систематичність і безперервність.
- 3) послідовність у роботі.
- 4) правильне планування самостійної роботи, раціональне використання часу.
- 5) використання відповідних методів, способів і прийомів роботи.
- 6) керівництво з боку викладачів.

І щоб відповідати цим вимогам і вимогам сучасності, в період масової комп'ютеризації та інформатизації суспільства в Запорізькому державному медичному університеті розробляються масові відкриті он-лайн курси з самостійної роботи студентів на платформі EDX. Це дозволяє підвищити якість освіти, поєднати як традиційні, так і сучасні методи навчання. Оскільки дана програма дозволяє використовувати не тільки комп'ютери з ОС Windows, але й мобільні пристрої, де студент має можливість навчатися у вільний час.

Сьогодні можна говорити про інформаційний освітній об'єкт, створений на базі новітніх технологій, в якому виділяються окремі образи, тексти тощо, що реалізуються за допомогою комп'ютера.

Самостійна робота студентів, що на сьогоднішній день організована в системі он-лайн, дійсно розвиває справжню самостійність, сприяє підвищенню результатів навчання, розкриває індивідуальні здібності та запобігає формальному виконанню самостійної роботи на різних етапах навчання.

Як стверджує О. Гурська «Результативність самостійної роботи студентів залежить, в основному, від двох причин: від самого студента (найбільше заважають брак працелюбності, волі, наполегливості, загальної підготовленості, здібностей, відсутність уміння самостійно працювати тощо) і від викладача (циклових комісій, кафедр)». [1, с 106]. А у випадку з он-лайн курсами успішність оцінює комп'ютер, виключаючи втручання викладача.

До впровадження он-лайн курсів як у Запорізькому державному медичному університеті в цілому, так і на кафедрі нормальної фізіології зокрема, спонукали, по-перше, вимоги сучасності, по друге – винесення деяких тем курсу на самостійне доопрацювання, коли виникає необхідність контролю та оцінки усіх етапів навчального процесу, а також широка комп'ютеризація університету та наявність вільного доступу до всесвітньої мережі «Інтернет» за технологією Wi-Fi.

Структура он-лайн курсу «Самостійна робота» з предмету «Фізіологія» для студентів 2 курсу, що навчаються зі спеціальностей «Медицина», «Педіатрія», «Стоматологія» передбачає наявність теоретичного матеріалу з ілюстраціями схемами та відеопоясненнями до кожної теми з самостійної роботи студентів, що передбачає індивідуальність темпу навчального процесу, а також кожна тема має тестовий контроль перевірки знань, що дає можливість самостійно та об'єктивно встановити рівень засвоєння даного теоретичного матеріалу,

який винесений до самостійної роботи студентів. Слід зазначити, що по завершенню даного етапу дистанційного навчання кожен студент отримує сертифікат про проходження он-лайн курсу самостійної роботи з предмету «Фізіологія».

Таким чином, важливу роль в формуванні необхідного, достатньо високого рівня знань студентів закладів вищої медичної освіти є широке застосування сучасних освітніх он-лайн технологій. Це підвищує якість навчання, закладає основу для засвоєння наступних дисциплін та успішної професійної діяльності в майбутньому.

Список використаних джерел

1. Гурська О. Місце та роль самостійної роботи студентів у навчальному процесі. Збірник наукових праць Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка. – Випуск 13. – Полтава, 2014. – Серія „Педагогічні науки. – 295 с.
2. Колесник Ю. М. Досвід впровадження он-лайн технологій у систему підготовки фахівців галузі знань 22 "Охорона здоров'я" / Ю. М. Колесник, М. О. Авраменко, С. А. Моргунова, О. А. Рижов // Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 17–18 трав. 2018 р.) – Тернопіль : ТДМУ, 2018. – С. 48-51.
3. Колесник Ю. М. Нова концепція організації самостійної роботи студента в форматі онлайн / Колесник Ю. М., Рижов О. А., Моргунова С. А. // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2018 : матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконф. з міжнар. участю (25-26 квіт. 2018 р., м. Запоріжжя). – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – С. 3-4.
4. Ортинський В.Л. Педагогіка вищої школи: навч. посібн. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 472 с.
5. Основи дидактики: навчальний посібник / В. М. Чайка. – Київ : Академвидав, 2011. – 238 с.

УДК: 004.67:617-07

Макуріна Галина, д.мед.н., доцент,
завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом
дерматовенерології і естетичної медицини ФПО
Запорізький державний медичний університет
Запоріжжя, Україна

СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЦИНІ, МОЖЛИВІСТЬ ЇХ ІНТЕГРУВАННЯ З СИСТЕМАМИ ЦИФРОВОЇ ДІАГНОСТИКИ

Анотація. Швидкий розвиток обчислювальних, інформаційних та телекомунікаційних технологій надає дослідникам і практикам нові можливості, пов'язані з отриманням, аналізом, обробкою, передачею, зберіганням і об'єднанням величезних масивів різномірної інформації. Серед основних напрямків розвитку

електронної охорони здоров'я зазначаються такі, як: моніторинг та контроль фізіологічних параметрів життєдіяльності пацієнтів; створення консультативних мереж для медичного персоналу і пацієнтів, забезпечення умов для більш якісного медичного забезпечення різних груп населення; вдосконалення системи навчання студентів, курсантів медичних вищих навчальних закладів. Прикладом такої інтеграції є організація методичного забезпечення студентів та курсантів на кафедрах.

Ключові слова: інформаційні технології, медицина, можливості, забезпечення.

Makurina Halyna

Dr. of medicine, Associate Professor,
Head of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology
with a course in Dermatovenereology and Aesthetic Medicine
Zaporizhzhia State Medical University
Zaporizhzhia, Ukraine

MODERN INFORMATIONAL TECHNOLOGIES IN MEDICINE, POSSIBILITY OF THEIR INTEGRATING WITH DIGITAL DIAGNOSTIC SYSTEMS

Abstract. The rapid development of computing, information and telecommunications technologies provides researchers and practitioners with new opportunities related to the acquisition, analysis, processing, transmission, storage and integration of vast amounts of heterogeneous information. Among the main directions of development of e-health are such as: monitoring and control of physiological parameters of life of patients; creation of consultative networks for medical staff and patients, provision of conditions for better health care of different population groups; improvement of the system of education of students, cadets of medical higher educational establishments. An example of such integration is the organization of methodological support for students and cadets at the departments.

Keywords: information technology, medicine, opportunities, provision.

Вступ. На якість надання медичної допомоги у сучасний час не може не впливати прогрес в різних напрямках комунікативного спілкування людства. Швидкий розвиток обчислювальних, інформаційних та телекомунікаційних технологій надає дослідникам і практикам нові можливості, пов'язані з отриманням, аналізом, обробкою, передачею, зберіганням і об'єднанням величезних масивів різномірної інформації. Впровадження обчислювальної техніки, спочатку в науково-технічні і послідовно в інші області діяльності, розробка, розвиток і накопичення алгоритмів, програм та їх комплексів, створення систем і мереж цифрового зв'язку радикально змінює постановку, способи і засоби вирішення більшості практичних завдань [2 с.2; 7 с.145]. Ці ж питання викликають також і розвиток дискусій стосовно значущості і обсягу ІТ у клінічній практиці лікаря [8, 4 с.14].

У сучасній медицині використання ІТ забезпечує ряд нових можливостей і інтеграцію з системами цифрової діагностики [5 с.263]. Це

покращує якість сервісу та надає комфорту, скорочує період обстеження, збільшує точність діагностики, дозволяє проводити віддалені консультації та обстеження, дозволяє робити аналіз і віддалену обробку первинної інформації у високоспеціалізованих центрах, а також надає можливості довготривалого зберігання інформації про пацієнтів в цифровій формі. Таким чином, при необхідності до інформації про пацієнта може бути отримано доступ практично з будь-якої точки земної кулі, що є важливим у багатьох випадках. Крім того, саме таким чином створюються архіви досліджень, які можна використовувати для підвищення якості навчання студентів, медичного персоналу, наукових досліджень, отримання статистичних даних та інше.

Основна частина. Серед основних напрямків розвитку електронної охорони здоров'я зазначаються:

1. Моніторинг та контроль фізіологічних параметрів життєдіяльності пацієнтів.

2. Створення консультативних мереж для медичного персоналу і пацієнтів, системи електронних медичних карт (історій хвороби), медичного страхування, аптечної інформації, замовлення медичного обладнання і матеріалів, диспетчерські системи швидкої допомоги.

3. Забезпечення якісною медичною допомогою людей похилого віку. Оскільки ця категорія становить значну частину населення світу, інколи складна в обслуговуванні, потребує постійного моніторингу даних.

4. Підвищення доступності медичної допомоги групам населення, які проживають в географічно віддалених регіонах, сільській місцевості, пацієнтам з обмеженими можливостями, а також пацієнтам замкнутих або організованих колективів.

5. Створення відчуття постійної присутності лікаря, яке інколи вкрай необхідно для певних груп пацієнтів, наприклад, педіатричних, психіатричних. В процесі віддаленого аудіовізуального спілкування пацієнта (або його батьків) і лікаря відбувається як психологічна реабілітація, так і прискорення фізичної реабілітації. Пацієнт перестає себе почувати самотнім і безпорадним, його психофізіологічний стан поліпшується, з'являється впевненість у собі [3].

6. Надання віддалених консультацій жінкам до та після пологів, телемедична підтримка медицини критичних станів.

7. Організація консультаційної підтримки надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях з боку висококваліфікованих фахівців великих медичних центрів.

8. Військова телемедицина. Телемедицина виявляється вкрай ефективною при організації медичної допомоги в районах проведення бойових дій [1].

Створення та розвиток інтегрованих комп'ютеризованих медичних інформаційних систем, їх інтеграція в системи регіонального, відомчого та державного рівней охорони здоров'я, являє собою комплекс різнорівневих і досить складних завдань. При цьому деякі питання виявляються настільки складними, що вимагають залучення спеціальної уваги вчених та фахівців.

У цій роботі ми зробили спробу поглянути на проблеми ІТ так би мовити, «з боку розробника», проаналізувати хід і тенденції розвитку подібних систем, з якими, можливо, доведеться зіткнутися завтра. При цьому ми намагалися показати системний характер ряду проблем.

Розвиток інформаційно-обчислювальної техніки і технологій паралельно із засобами зв'язку та телекомунікацій має великий вплив на всі аспекти людської діяльності. Нові ІТ вже давно стали життєво важливою частиною повсякденного оточення, яке без них практично вже не може функціонувати нормальним чином. Швидкий розвиток і розробка теоретичних аспектів і нових пристроїв, схем, алгоритмів і матеріалів для сфери інформаційно-комп'ютерних технологій, поряд з проведенням теоретичних і експериментальних досліджень, обумовлює можливості, які, сподіваємося, будуть доступні споживачам в найближчому майбутньому.

Інший аспект цієї теми – робота з учнями, студентами та курсантами післядипломного рівня, які все більш впевнено долучаються до роботи з електронними примірниками документів [6 с.12]. Це саме стосується і електронних засобів підготовки, проведення та реєстрації результатів практичних занять.

У нашому університеті створено умови для задовільної підготовки студентів та курсантів до практичних занять: на сайтах кафедри є можливість ознайомитися з розкладом, календарними планами та методичними матеріалами для підготовки до занять. Кожен студент або курсант має логін, пароль, за допомогою яких може ознайомитися з повноцінним варіантом презентацій лекцій зі всіх тем дисципліни. З кожної теми практичного заняття також створено електронний варіант методичної розробки для самостійної підготовки студентів, які насичені великим обсягом фото- і навіть відеоінформації. Ці розробки мають інформацію, яку збирали співробітники кафедри, куруючи хворих з тією чи іншою патологією. Можливість використання сучасних технологій дозволяє стежити за станом хворих і є незамінною у випадках

спостереження за доброякісними або злоякісними новоутвореннями шкіри, особливо коли є можливість контролювати ці новоутворення з допомогою такого пристрою, як цифровий дерматоскоп. Це розширює можливості діагностики захворювань, а також дозволяє навчати як студентів, так і курсантів на базі наявного клінічного матеріалу, який можна спостерігати в динаміці.

Висновки. На появу і розвиток ІТ, на наш погляд, виникла необхідність ще декілька десятиріч, що дозволило аналізувати складні проблеми як ціле, забезпечували розгляд багатьох альтернатив, кожна з яких описувалася великим числом змінних, забезпечувало повноту кожної альтернативи, допомагало вносити вимірність, давало можливість виявляти невизначеності. Отримана в результаті розвитку та узагальнення широка і універсальна методологія вирішення проблем була названа її авторами «системний аналіз», на який вже тоді в методологічному плані покладалися великі надії. Однак дуже скоро з'ясувалося, що проблеми цивільні, проблеми фірм, фінансові і багато інших проблем не тільки допускають, але й вимагають застосування цієї методології. Таким чином, оптимізація функціонування великих закладів, медичних в загалом, чи навчальних – в теперішній час можливе лише із застосуванням пріоритетних інформаційних технологій.

Список використаних джерел

1. Венедиктов Д.Д., Григорьев А.И., Казинев В.А. и др. Телемедицинские технологии в здравоохранении России. Обзорная справка. 2004 г. URL: http://pathology.narod.ru/new_page_16.htm.
2. Гусева В.Е. Современные информационные технологии в профессиональной подготовке бакалавров социально- культурной деятельности // Мир науки 2015. Вып 3. С. 1-5.
3. Домашний мониторинг. Интегральные решения DiViSy для домашнего мониторинга, телепатронажа и дистанционного общения. URL: <http://www.divisy.ru/Areas-Of-Application/Home-Monitoring>.
4. Карпова О.В. Социологические исследования в системе управления качеством медицинской помощи // Социология медицины. 2013. №1 (22). С. 11-15.
5. Королев Н.Н., Ермолаев Д.О. Социальный портрет молодого специалиста сферы здравоохранения // Регионарный анализ. Фундаментальные исследования. 2011. №9. С. 260-269.
6. Кубанова А.А., Мартынов А.А., Лесная И.Н., Кубанов А.А., Пирогова Е.В. Современные информационные технологии в деятельности специализированных дерматовенерологических учреждений // Вестник дерматовенерологии. 2009. №6. С.4–15.
7. Кукушкина О.И. Информационные технологии в контексте отечественной традиции специального образования: монография. М. Полиграфсервис, 2005. 327 с.
8. Home – The Best Place for Health Care A positioning statement from The Joint Commission on the state of the home care industry. USA: The Joint Commission, 2011.

УДК: 378.048.2:[616-001+617.3]:001.895

^{1,2}**Рахимов Серик Кульчанович**

Доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры травматологии и ортопедии
НАО «Медицинский университет Астана»,
г. Нур-Султан. Республика Казахстан

^{1,2}**Ажикулов Рахман Нурмаатович,**
доктор медицинских наук

¹НАО «Медицинский университет Астана»

²Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии.
г. Нур-Султан (бывшая Астана). Республика Казахстан

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПОДГОТОВКЕ РЕЗИДЕНТОВ ПО ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ (КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ)

Аннотация. Представлен небольшой опыт преподавания с внедрением, «занятий – походов». И индивидуальной работы с каждым резидентом с учетом его знаний и склонностей к предмету и обучения его навыками работы с архивными материалами, с выходом ретроспективных умозаключений и навыками и правилами оформления предполагаемых изобретений и его поисков аналогов и прототипов. Активизирование участия резидентов по тематике на плановых и экстренных хирургических коррекциях. Обучения их работы с оформлениями статей в зарубежные журналы с SCOPUS, Impact per paper (SNIP), в стенах АО «МУА» на кафедре травматологии и ортопедии.

Ключевые слова: Резидент, учеба, особенности подготовки и формирование специалиста.

^{1,2}**Rakhimov S.K., ^{1,2}Azhikulov R.N.**

¹JSC “Astana Medical University”

²Scientific-research institute for traumatology and orthopedics.

INNOVATION APPROACHES IN POST-GRADUATE RESIDENTS ON TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS

Annotation. There is some experience in teaching with the introduction “Hiking lessons”. Also individual work with every resident according to him/her knowledge and preferences in certain discipline and teaching him/her skills in working with archival materials, with the conclusion of retrospective inference and skills and rules for registration of alleged inventions and individual search for analogs and prototypes. Activization of participation of residents on topics on planned and urgent surgical corrections. Teaching work on design of articles to send foreign journals with SCOPUS., Impact per paper (SNIP), at the Astana Medical University at the traumatology and orthopedics department.

Keywords: resident, study, peculiarity of preparation and formation of student's.

Современная ситуация в подготовке специалистов высшей школы требует серьезного изменения стратегии и тактики обучения. Основными характеристиками выпускника – резидента травматолога-ортопеда,

высшего учебного заведения являются его компетентность и мобильность. В связи с этим, акценты при изучении дисциплин переносятся на сам процесс познания, эффективность которого полностью зависит от познавательной активности самого резидента. Успешность достижения этой цели зависит не только от того, что усваивается (содержание обучения), но и от того, как усваивается- с помощью репродуктивных или активных методов обучения. Проблема применения инновационных педагогических технологий – одна из актуальных проблем ВУЗов РК. Для успешной организации процесса обучения перед куратором встает необходимость поиска новых форм, методов и средств для усвоения учебного материала и практических навыков хирургической коррекции. Задача куратора – так разработать методику преподавания и содержания практических занятий, чтобы они полностью охватывали весь изученный материал, были максимально приближены, к практическим условиям. Использование активных методов обучения позволяет оживить учебный процесс, обеспечить развитие и саморазвитие (работа в архивах, библиотеках, проведения ретроспективных анализов проведенных операции, их обсуждение), выявление творческого потенциала (экспериментальные исследования на животных, собаках, кроликах), развивать мышление (после участия в операциях – разбор этапов коррекции и его критический анализ). Активные методы обучения способствует будущей практической деятельности, развитие профессионализма, практического опыта навыков хирургической коррекции. Такие шаги походов являются одной из эффективных форм наглядного обучения и учебного процесса у резидентов в течение этих трех лет [1, 2, 3, 4].

Цель исследования: Внедрения и оценка эффективности «занятия-походов», при изучении дисциплины, резидентами кафедры травматологии и ортопедии. Разработка инновационных технологии в учебный процесс для повышения качества подготовки резидентов на кафедре травматологии и ортопедии.

Подготовка врача – специалиста в Казахстане организована следующим образом. После 5 лет учебы в медицинском вузе предусмотрена 2-х годичная интернатура, а затем после успешной сдачи вступительных экзаменов по специальности и иностранному языку – резидентура. Таким образом, резидентура – эта форма получения послевузовского углубленного медицинского образования по клиническим специальностям (травматология-ортопедия, хирургия, акушерство –

гинекология и др.). По травматологии и ортопедии резидентура рассчитана на 3 года, после чего обучающийся получает специальность «Травматология и ортопедия, в том числе детская».

Разделы программы обучения состоят из кредитов. Кредит – это унифицированная единица измерения объема учебной работы резидента, отражающая результаты обучения, достигнутые за определенное время на образовательном уровне. Один кредит соответствует 45 часам и приравнивается к академическому часу аудиторной работы резидента в неделю на протяжении академического периода (семестра). После прохождения кредита по теме резиденты сдают тесты и проходят экзамены по билетам и по *объективному структурированному клиническому экзамену* (ОСКЭ), проводимому на тренажерах и электронных моделях.

По окончании учебы резидент должен владеть по возможности всем спектром диагностических и лечебных действий в области экстренной травматологии и ортопедии. Не является абсолютно обязательным, но приветствуется освоение и плановых хирургических операций. За каждым резидентом закреплен преподаватель кафедры – **Куратор**, который обеспечивает функцию академического наставника, участвует в формировании и реализации индивидуального учебного плана, осуществляет руководство образовательной и научной деятельности резидента, оказывает содействие в трудоустройстве.

Программа обучения.

1-й год обучения включает профильные и базовые дисциплины:

Профильные дисциплины:

1. Травматология и ортопедия амбулаторно – поликлиническая (включая детскую травматологию и ортопедию) – 1 (11 кредитов).
2. Травматология и ортопедия в стационаре 1 (11 кредитов) + детская.
3. Травматология и ортопедия в стационаре – 2 (11 кредитов) + детская.

По этим дисциплинам предусмотрены промежуточные аттестации.

Одновременно на первом году обучения предусмотрены базовые дисциплины:

1. Менеджмент научных исследований (2 кредита).
2. Общественное здоровье и здравоохранение (2 кредита).
3. Статистический анализ в здравоохранении (2 кредита).
4. Доказательная медицина (2 кредита).
5. Общая хирургия (3 кредита). Здесь также проводятся промежуточные экзамены и тестирование.

2-ой год обучения.

Профильные дисциплины.

1. Травматология и ортопедия амбулаторно – поликлиническая – 2 (11 кредитов).

2. Травматология и ортопедия – 3 (11 кредитов).

3. Травматология и ортопедия в стационаре (в том числе детская) – 4 (12 кредитов).

4. Травматология и ортопедия в стационаре (в том числе детская) – 5 (2 кредита). В конце – промежуточная аттестация (1 кредит).

Смежные дисциплины.

1. Анестезиология и реаниматология (2 кредита).

2. Клиническая фармакология в травматологии и ортопедии (2 кредита).

3. Визуальная диагностика (2 кредита).

4. Урология (2 кредита).

3-й год обучения.

1. Травматология и ортопедия в стационаре (в том числе детская) – 5 (10 кредитов).

2. Травматология и ортопедия в стационаре (в том числе детская) – 6 (11 кредитов).

3. Комбустиология (11 кредитов).

4. Компонент по выбору (10 кредитов): Это реконструктивная хирургия в ортопедии (4 кредита) или визуальная диагностика в ортопедии и травматологии (3 кредита), или множественные и сочетанные повреждения (Политравма), принципы «damage»-контроля (3 кредита). На третьем учебном году резиденты оперируют самостоятельно в присутствии куратора. Кроме этого, дополнительно к учебной программе они проходят «занятия – походы», предложенные специалистами кафедры. В конце 3-го года обучения проводится промежуточная аттестация, а затем – Государственная аттестация.

В практику обучения на кафедре травматологии и ортопедии НАО «МУА» внедрена система «занятия-походов». Эта система используется на протяжении трех лет занятий с резидентами, вплоть до Государственной аттестации и получения сертификата о прохождении и окончании резидентуры. Каждый год в конце учебного года, резиденты сдают экзамены по билетам, а также проводится обсуждение проделанной ими работы за учебный год. Затем разбираются допущенные ошибки, проводится анализ и формулируются рекомендации по их исправлению в последующем учебном процессе. В повседневной работе резидента, после его участия в операциях 1-м или 2-м ассистентом, в тот же день они

собираются у куратора и разбирают операции, их положительные и отрицательные моменты, способы профилактики и устранения возможных осложнений. Закрепляются такие практические обсуждения просмотром и обсуждением видеоматериалов, проделанных резидентами хирургических манипуляции. В первый год обучения проводятся занятия под контролем куратора, а затем 2 последующие года резиденты занимаются исследованиями самостоятельно. Куратор дает экспертную оценку проделанной работы, совместно идет разбор ошибок и упущений. На животных выполняется экспериментальная часть работы. В конце каждого учебного года проводится анкетирование резидентов: выявляются проблемы, учитываются пожелания резидентов, и куратор дает рекомендации по устранению ошибок. Мастер-классы проводятся на муляжах, искусственных костях и биоманикенах, затем приобретенные навыки используют во время оперативных вмешательств на пациентах, под контролем куратора. Ежегодно, начиная с первого года, резиденты проводят ретроспективный анализ истории болезни, занимаясь в архивах, участвуют в написании научных статей, обучаются правильному оформлению заявок на патенты, а также, реализуя собственные идеи, проводят поиск новых методов, которые предоставляют куратору. Все это создает мотивацию для резидента и повышает его интерес к специальности.

Мы считаем, что это огромный стимул для резидента, который имеет эмоциональную окраску, развивает его инициативность, расширяет творческие возможности и раскрывает потенциал. Из-за отсутствия своей базы в основном почти все занятия проводятся на базе НИИТО, где администрацией института для этого представлены все условия, за что кураторы очень благодарны. В отделениях НИИТО используются высокотехнологические методы эндопротезирования крупных и мелких суставов, остеосинтеза, кожной и костной пластики, эндоскопические вмешательства на крупных и мелких суставах, а также весь спектр вмешательства при черепно-мозговых травмах и травмах позвоночника (самые современные новшества, существующие в мире). В соответствии с профилем реализуемых образовательных программ и дисциплин по модулю, научными направлениями кафедры являются новые технологии остеосинтеза около – и внутрисуставных переломов костей верхней и нижних конечностей, оптимизация регенерации костной ткани, разработки по имплантации стволовых клеток, швы сухожилий, эндоскопические операции на суставах. Мы считаем, что 3 года обучения в резидентуре(

клин ординатура) является вполне достаточным, хотя и здесь недостаточно часов для полного усвоения программ по травматологии и ортопедии (в виду внедрения новых инновационных технологии в травматологии и ортопедии в мире) и мы внесли предложение в ректорат и ученый совет о продлении учебы в резидентуре до 4-х лет. «Занятия-походы» представлены в виде алгоритма и распределены на все три учебных года резидента.

Занятия – походы для резидентов.

1-ый учебный год;

СРСП – (самостоятельная работа с преподавателем), СРР- (самостоятельная работа резидента), амбулаторно-поликлиническая травматология. Микроциклы. Работа с МСЭК – (медицинская социальная экспертная комиссия), то есть присутствие и участие в работе ВТЭК-ов. Лекции для резидентов, Разбор допущенных ошибок. Правильность усвоения нового материала. Итоговый экзамен (устный и по тестам).

2-ой учебный год;

Работа в архиве, работа в операционной (Старшая операционная сестра проводит занятия и инструктажи), мастер-классы, ежедневный разбор операции с участием резидента, обучение в патентном отделе, разбор допущенных ошибок, разбор ситуационных задач. Итоговый экзамен (устный и по тестам).

3-й год обучения;

- работа с тестами и разбор ситуационных задач,
- экспериментальная работа резидента с собаками и кроликами,
- обучение правильности написания научных статей,
- работа с куратором в подготовке и оформления научных статей с импакт-факторами.
- оформление патентов,
- ежедневный разбор операции с участием в них резидента.
- разбор допущенных ошибок.

Итоговый экзамен (устный и по тестам). Пробный государственный экзамен в НАО «МУА». Государственная итоговая аттестация в Министерство Здравоохранения РК. Напутствие заведующего кафедрой травматологии и ортопедии.

Заключение: Таким образом, обучение резидентов на кафедре травматологии и ортопедии в НАО «МУА» на клинической базе НИИТО РК, оснащенных современным лечебным и диагностическим оборудованием, внедрение в учебный процесс таких инновационных

технологій, як мультимедійне представлення учебного материала, совмещение лекции с практическими разборами после операции и мастер-классы, самостоятельное выполнение операции резидентами и активное участие в научной стезии, позволяют подготовить высококвалифицированных специалистов-врачей травматологов и ортопедов.

Список литературы

1. Кулавский В.А., Насирова С.Ф., Хайруллина Ф.Л., Батрутдинова Ф.Ф., Кулавский Е.В., Радутый В.Н. Архипов В.В. *Совершенствование методов обучения студентов-интернов* / Материал научно-практической конференции, г.УФА, 2012г. [Kulavskii V.A., Nasirova S.F., Khairullina F.L., Batrutdinova F.F., Kulavskii E.V., Radutyi V.N. Arkhipov V.V. *Sovershenstvovanie metodov obucheniya studentov-internov, akusher-ginekologov. Material nauchno-prakticheskoi konferentsi, UFA, 2012*].
2. Нагорная Н.В., Острополец С.С., Бордюгова Е.В., Конопко Н.Н., Пшеничная Е.В., Четверик Н.А. *Пути активации деятельности врачей –интернов.* / Донецкий национальный мед. университет им. М. Горького. Журнал «Здоровье ребенка» №3.(30) 2011г. [Nagornaya N.V., Ostroplets S.S., Bordyugova E.V., Konopko N.N., Pshenichnaya E.V., Chetverik N.A. *Puti aktivatsii deyatelnosti vrachei –internov. Donetskii natsional'nyi med. universitet im. M. Gor'kogo. Zhurnal «Zdorov'e rebenka» №3.(30) 2011*].
3. MacCarrick G. (2011) *A practical guide to using the World Federation for Medical Education standards. WFME 2: educational program.* Ir. J Med Sci. (2010) 179 (4):489–491. E-Pub 2010 Sep 17 (Received 10.10.2011 from Springer). DOI: 10.1007/s11845-010-0541-z.
4. *World Federation for Medical Education* (2012) Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office, University of Copenhagen, Denmark. (The 2012 Revision).

УДК 378.147.091.33-027.22

Щербина Микола,

д. мед. н., професор, завідувач кафедри

Курічова Наталія

к. мед. н., асистент кафедри

Скорбач Олена

к. мед. н., асистент

Кафедра акушерства та гінекології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

НОВІ ПІДХОДИ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ОВОЛОДІННЯ МЕДИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ

На цей час існує проблема підготовки сучасного лікаря щодо професійного володіння медичною технікою. Володіння медичною технікою потребує знання фізичних закономірностей роботи приладу, умінь його грамотної експлуатації і інтерпретації показань. Узявши за основу вимоги стандарту медичної освіти, можна припустити, що підготовку майбутніх лікарів до використання медичної техніки необхідно здійснювати з урахуванням спеціальності (акушерство і гінекологія, хірургія, педіатрія та ін.). Більшою мірою необхідно враховувати призначення техніки

(діагностичної, терапевтичної, лабораторної), знати принципи та закономірності роботи медичної техніки (фізичні, біофізичні, технічні тощо); урахувати прагнення майбутнього фахівця (мотиваційні, змістовні, діяльні); підготувати навчально-методичні матеріали з медичної техніки, визначити місце її вивчення в курсі біофізики та рівень освоєння техніки.

Ключові слова: підготовка лікаря, володіння приладами, педагогічна технологія, знання фізики, уміння експлуатації, інтерпретація результатів дослідження.

Shcherbyna Mykola

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department

Kurichova Nataliya,

Candidate of Medical Sciences, Assistant of Department

Skorbach Olena

Candidate of Medical Sciences, Assistant of Department

Department of Obstetrics and Gynecology №1

Kharkiv National Medical University,

Kharkiv, Ukraine

NEW APPROACHES IN PREPARATION OF FUTURE DOCTORS TO HANDLE MEDICAL EQUIPMENT

There is a problem of training a modern doctor in terms of professional possession of medical equipment. Knowledge of medical equipment includes knowledge of the physical patterns of operation of the device, the ability of its competent operation and interpretation of its readings. Taking the requirement of the standard of medical education as a basis, it can be assumed that the preparation of future doctors to use medical equipment should be carried out taking into account the specialty (obstetrics and gynecology, surgery, pediatrics, etc.). To a greater extent it is necessary to take into account the purpose of the technique (diagnostic, therapeutic, laboratory), to know the principles and regularities of medical equipment (physical, biophysical, technical, etc.); take into account the aspirations of the future specialist (motivational, meaningful, active); to prepare educational and methodical materials on medical equipment, to determine the place of its study in the course.

Key words: *training of doctors, possession of instruments, educational technology, knowledge of physics, ability to use, interpretation of the results of the study.*

Сьогодні неможливо уявити лікаря без широкого використання в його професійній діяльності сучасної діагностичної та терапевтичної апаратури, заснованої на застосуванні різних фізичних закономірностей. Розвиток сучасної медицини тісно пов'язаний з розвитком фізики, техніки та комп'ютерних технологій. Ці технології з кожним роком все активніше використовуються в практичній медицині. Унаслідок цього підвищення якості та рівня підготовки майбутніх лікарів щодо застосування медичної техніки є одним з найважливіших завдань вищих медичних навчальних закладів [1, с. 15]. У зв'язку із цим стають актуальними науково-педагогічні дослідження, присвячені пошуку відповідей на питання: наскільки рівень підготовки майбутніх лікарів у вищих медичних закладах

щодо використання новітньої діагностичної техніки відповідає сучасним вимогам. Сучасний лікар повинен володіти не тільки чисто медичними знаннями та вміннями, а й широко використовувати ці знання та вміння з гуманітарних, природничих наук. Аналіз досліджень, присвячених проблемі професійної підготовки майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах з освоєння медичної техніки, дозволяє говорити про недостатню увагу до проблеми формування компетенції використання її в практичній роботі майбутніми лікарями. Це може бути пов'язано з тим, що недостатньо чітко в науково-педагогічних дослідженнях дається визначення професійної підготовки майбутніх лікарів з оволодіння медичною технікою. У зв'язку із цим можна запропонувати таке визначення: професійна підготовка – це навчання майбутніх лікарів, застосування спеціальних знань (у галузі фізики, біології та ін.), умінь і навичок з метою діагностики в галузі клініко-лабораторних досліджень. В останні роки відбувається розвиток теорії професійної підготовки майбутніх фахівців у вищій школі. Як вважають фахівці [2, с. 75; 4, с. 13], сучасна професійна медична освіта вимагає від студента змістовності та цілеспрямованості в діяльності, вимагає точного виконання та опису своїх дій, які будуються залежно від змісту та шляхів вирішення професійних завдань.

Основним завданням професійної підготовки майбутніх лікарів щодо оволодіння медичною технікою є визначення показників освоєння діагностичної, терапевтичної апаратури, проведення лабораторних досліджень. До таких показників відносяться вміння майбутнього лікаря вибрати відповідну медичну апаратуру; уміння користуватися медичною апаратурою; уміння фіксувати показання медичної апаратури; уміння передбачати вплив на організм людини фізіологічних явищ, фізичних факторів, закладених в основу роботи медичного приладу; бути на часі розвитку сучасної медичної техніки. Отже, для досягнення наведених вище показників необхідне впровадження в процес навчання нових педагогічних технологій. Вивчаючи спеціальні предмети майбутнім лікарям необхідно прищеплювати навички та вміння для оволодіння знаннями, необхідними для професійної діяльності. На цей час широко використовується поняття «педагогічна технологія». Термін «технологія» означає використання досягнення потрібного результату з використанням певних методів і предметів, іншими словами, «технологія» є синтезом знань і діяльності. Розгляд цього поняття, з педагогічної точки зору, призводить до визначення педагогічної технології як спільної діяльності в системі

викладач – студент для досягнення запланованого результату в навчальному процесі. Медичною технологією називають способи досягнення запланованих результатів за допомогою одночасного застосування хімічних, фізичних знань і медичних приладів (діагностичних, терапевтичних). На основі педагогічної та медичної технологій у вищому медичному навчальному закладі клінічними кафедрами та кафедрами медичної біофізики можна підготувати студентів до використання в професійній діяльності медичної апаратури (діагностичної, терапевтичної, науково-дослідницької).

Майбутні лікарі повинні оволодіти знаннями конструктивних особливостей приладів, набути практичні вміння з експлуатації приладів, уміти застосовувати в професійній діяльності медичну апаратуру. Уміння застосовувати апаратуру включає не тільки її технічне освоєння, а й уміння інтерпретувати показання, одержувані з приладів, уміння донести результати отриманої інформації до колег і пацієнтів. За видами діяльності майбутні лікарі отримують таку підготовку: 1. У клініці ведуть діагностику та терапевтичну роботу. Надають невідкладну допомогу. Ведуть профілактичну роботу. 2. Займаються науково-практичними дослідженнями. 3. Ведуть організаційну роботу, працюють над поліпшенням якості медичного обслуговування населення, знайомляться з новими методами діагностики та апаратурою. 4. Беруть участь у загальноосвітньому процесі. 5. Збирають відомості наукові, медичні, технічні, соціальні, навчаються їх зберігати та аналізувати. Показниками оволодіння медичною технікою можна вважати сукупність дій лікаря за використання медичної техніки на основі медичних, фізичних і технічних знань, знань у галузі медицини. На основі цього визначення можна проявити знання та вміння, необхідні для формування в навчальному процесі успішного володіння майбутніми лікарями медичною технікою. Знання та вміння розписані за напрямками лікарської діяльності.

Основною технологією навчання студентів стала технологія проектного навчання. До її використання привів докладний аналіз найбільш перспективних способів навчання студентів. Ідея застосування даної технології прийшла з вивчення успішного досвіду залучення проектною технологією для організації навчання в школі, у процесі якого учні самостійно здобувають знання для засвоєння матеріалу, виходять на рівень конструювання нових для них приладів [2, с. 76]. З досвіду школи щодо реалізації проектного навчання на аудиторних заняттях узяті для розробки інформаційні і практико-орієнтовані проекти. Найбільш перспективним

для навчання студентів медичного вузу щодо засвоєння технічних приладів після аналізу типу проектів, вважаємо технологічні та освітні інтегративні проекти [3, с. 164]. Саме в цих проектах використано зв'язок науки, освіти, виробництва (бізнесу) і інтегровані знання та вміння з різних дисциплін. На цей час ведеться розробка навчання студентів медичного спрямування щодо користування медичними приладами на основі проектів наведених типів.

Список використаних джерел

1. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII.
2. Перспективи впровадження сучасних інновацій в освітню діяльність університету / В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, О. П. Рогачевський, О. В. Чернецька // *Медична освіта*. 2016. № 3. С. 73–77.
3. Основи нових інформаційних технологій навчання: Посібник для вчителів / Машибиць Ю.І., Гокуль О.О., Жалдак М.І. та ін./ за ред. Машибиця Ю.І./Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К.: ІЗМН, 1997. 264 с.
4. WHO. Doctor for Health. A WHO Strategy for Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHO, Geneva, 1996. 22 p.

УДК: 378:61(063)(477)

*Головкін Анатолій, к.мед.н., доцент
Кафедра дерматовенерології та косметології
з циклом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО
Запорізький державний медичний університет
Запоріжжя, Україна*

МОЖЛИВОСТІ ДІЛОВИХ ТА НАВЧАЛЬНИХ ІГОР У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗВО

У статті викладено можливості застосування ділових і рольових ігор у підготовці лікарів різних профілів. Можливості формування медичного мислення студентів. Розглянуті загальні цілі ділових ігор. Принципи побудови навчального процесу з включенням ігрових технологій.

Ключові слова: *гра, навчання, деонтологія, виховання, професійні якості*

*Holovkin Anatoliy, PhD, Associate professor
Department of Dermatovenereology and Cosmetology with the Course of
Dermatovenereology and Aesthetic Medicine of the faculty of Postgraduate Education
Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine*

OPPORTUNITIES OF BUSINESS AND EDUCATIONAL GAMES IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL UNIVERSITIES STUDENTS

The article describes the possibilities of using business and role-playing games in training doctors of different profiles. Possibilities of forming medical thinking of students.

General goals of business games are considered. Principles of construction of educational process with inclusion of game technologies.

Keywords: *game, training, deontology, education, professional qualities.*

До основоположних завдань педагогічної науки в медичній освіті відносяться обґрунтування і впровадження інноваційних технологій навчання.

В даний час в медичній освіті використовуються такі технології: інформаційно-комп'ютерні, структурно-логічні, які полягають в поетапній організації навчального процесу (наприклад, блочно-модульне навчання), побудові схем орієнтовної основи діяльності, алгоритмів і т.д, інтеграційні, що передбачають взаємопов'язаність різноманітних предметних знань і умінь, видів діяльності на рівні інтегрованих курсів, навчальних тем, наукових проблем (наприклад, вивчення тем: «запального захворювання в порожнині рота», «Клітина», «Метаболізм», «Нервова система», «Опорно-руховий апарат»), ігрові, використовують різні види ділових навчальних ігор, моделюючих реальні професійні ситуації (наприклад, на теми: «Ревматичний порок серця», «Гострий живіт в гінекології», тощо), тренінгові, що визначають алгоритм вирішення найбільш типових практичних завдань (надання невідкладної допомоги, позитивне спілкування з пацієнтом) діалогові (наприклад, бесіди) [2, с. 71]. У вищу медичну освіту втілюються закони, закономірності, принципи і тенденції, які служать матеріалом для обґрунтування сучасних педагогічних інноваційних освітніх моделей і технологій по різних дисциплінам, що вивчаються [5, с. 3].

Ділові та рольові ігри

“Ігри дають таку практику,
яку ніщо інше дати не може.”

Р.Г.Грем, К.Ф.Грей

Гра – форма діяльності в умовних ситуаціях, спрямована на відтворення і засвоєння суспільного досвіду, фіксованого в соціально закріплених способах здійснення предметних дій, в предметах науки і культури.

Гра ділова – форма відтворення предметного і соціального змісту професійної діяльності, моделювання систем відносин, характерних для даного виду практики [3, с.39].

Що таке навчальні ігри в медицині? Відповідь на це питання досить складне, тому що в літературі немає ні загального розуміння, що таке ігри, ні єдиного підходу до цієї проблеми.

Загальні цілі ділових ігор в медицині:

- занурювати учнів в атмосферу інтелектуальної діяльності, гранично близьку до професійної практичній роботі лікаря в діагностиці хвороб і лікуванні хворих;
- створювати граючим динамічно мінливу картину в залежності від правильних і помилкових дій і рішень;
- нести відповідальну виховну функцію;
- вміння проводити диференційну діагностику найкоротшим шляхом мінімальний час і призначати оптимальну тактику лікування найбільш простими і доступними методами лікування;
- сформувати оптимальний психологічний клімат спілкування з хворими та колегами по роботі;
- ефективно діяти не в умовах багато оснащених клінік, кафедр, інститутів, а первинної лікарської мережі – на амбулаторному прийомі в поліклініці, на швидкій допомозі, в ролі дільничного лікаря;
- в якості контролю професійної підготовки служити бар'єром на шляху до ліжка хворого, пропускаючи до хворого тільки професійно підготовлених учнів [5, с. 3].

Ділова гра – це моделювання конкретної ситуації або обраних її аспектів, що виконується відповідно до заздалегідь визначеними правилами, вихідними даними і методиками. Медичні клінічні гри мають бути функціональними і інтерактивними [3, с. 38].

Дослідники проблеми ігрової імітації вважають, що ситуації, які закладаються в основу кожної гри, повинні бути актуальними, реальними, типовими, повними, здатними до зростання і розвитку ситуацій. Але в медицині потрібно врахувати проблему рідкісних хворих. Клініцисти всіх профілів знають, що багато хвороб, передбачені навчальною програмою, зустрічаються не часто і показати студентам реальних хворих часто неможливо. І тут навчальна гра на цю тему компенсує відсутність хворого [3, с. 40].

Проблема практичної охорони здоров'я зовсім не в тому, що лікарі погано розпізнають і не вміють лікувати самі рідкісні хвороби, головна біда в тому, що вони досить часто погано діагностують і не завжди добре лікують найчастіші, найважливіші захворювання, що становлять основний питому вагу показників захворюваності, ураженості і смертності населення [5, с. 5]. Тому сенс навчального моделювання за допомогою діагностичних і лікувальних завдань, проблемних ситуацій і особливо навчальних ігор – забезпечити високу професійну підготовку, саме на цьому рівні, життєво

важливому для кожного лікаря – бездоганно працювати в досить характерній і типовій обстановці.

Пропонуємо зростаючі за складністю кілька варіантів клінічних ігор.

Перший тип гри: “лікар – хворий” [1, с. 2]. Це основна форма клінічної гри, що моделює умови інтелектуальної професійної діяльності лікаря, спрямованої на розпізнавання хвороб і лікування хворого. Ця форма найбільш проста, вона є основою всіх клінічних ігор. Навчальна гра ‘лікар – хворий’ організаційно і методично надзвичайно широка, мобільна і може застосовуватися в діапазоні від одного студента з викладачем до застосування цієї методики на інтерактивній лекції, коли лектор веде гру зі студентами цілого потоку або навіть усього курсу [3, с. 39].

Другий тип – “Консиліум” [1, с. 4]. Ця гра відрізняється тим, що крім лікаря в грі беруть участь консультанти, тобто різні студенти грають ролі лікарів різних спеціальностей і рівня підготовки.

Третій тип клінічної гри – це “Палатний лікар” [1, с. 6]. Відмінність цього варіанту в тому, що палатний лікар веде кілька хворих. При цьому для моделювання найбільш реальної ситуації кожен з цих хворих знаходиться на різних стадіях обстеження і лікування, на різних стадіях своїх захворювань. Ця гра може бути простіше чи складніше, в залежності від того, чи буде палатний лікар мати справу з багатопрофільними хворими, скажімо, кардіологічними, пульмонологічними, або різнопрофільними, коли в палаті загального відділення концентруються хворі з різною патологією різних органів і систем [4, с. 35]. Другий варіант набагато складніше для студентів і вимагає більш серйозної підготовки.

Таким чином, можемо констатувати:

1. Важливість відпрацювання морально-деонтологічних якостей майбутніх лікарів в процесі взаємодії учасників ділових ігор;
2. Перехід добре знайомих деонтологічних принципів в тренінг конкретних методів комунікації виконавців різних ролей, з чіткою проекцією на їх рольову специфіку;
3. Наочність корекції поведінки всіх учасників гри і проектування цієї поведінки на свої особисті можливості.

Реалізація ігрових технологій в ЗДМУ: на кафедрі дерматовенерології і косметології, на кафедрі неврології, дитячих хвороб та ін.

Список використаних джерел:

1. Амиров Н.Х., Созинов А.С., Булатов С.А. Актеры вместо пациентов // Медицинская газета. 2008. №35. С. 10.

2. Думанский Ю.В., Савченко Е.А., Середенко Е.В. Использование деловых игр в последипломном обучении врачей // Проблемы педагогики. МВТ, том 6, №1, 2013 р. 70-72 с.

3. Журбенко В.А., Саакян Э.С., Тишков Д.С. Деловая игра как форма обучения студентов в медицинском вузе // Педагогика высшей школы. 2015. №2. С. 38-40.

4. Булатов С.А., Пальмова Л.Ю. Методика «Стандартизованный пациент» как этап формирования клинического мышления у будущих врачей // Вестник современной клинической медицины. 2009. №4. Том 2. С. 33-36.

5. Хвисюк О. М., Марченко В. Г., Цодікова О. А., Корж О. М. Обґрунтування впровадження симуляційних технологій на післядипломному етапі ступінчастої системи практично-орієнтованого навчання лікарів загальної практики-сімейної медицини // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2015. №3, том 19. С. 3-6.

УДК 378.147.016:[616.98-053.2]:[378.4:61]

*Драло́ва Олександра, к.мед.н.,
Усачова Олена, д.мед.н., професор
Конакова Ольга, к.мед.н.,
Пахольчук Тетяна, к.мед.н.,
Сіліна Єлизавета, к.мед.н.
Запорізький державний медичний університет
Запоріжжя, Україна*

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У МЕДИЧНОМУ ЗВО

Анотація. Сьогодні медична освіта потребує залучення до навчального процесу сучасних програм, гаджетів, що дозволяє зробити процес викладання модерновим та цікавим як викладачу, так і студентам.

Ключові слова: дитячі інфекційні хвороби, студенти.

*Dralova Oleksandra, PhD (medicine)
Usachova Olena, Dr. of medicine
Konakova Olha, PhD (medicine)
Pakholchuk Tetyana, PhD (medicine)
Silina Yelyzaveta, PhD (medicine)
Zaporizhzhia State Medical University
Zaporizhzhya, Ukraine*

MODERN FEATURES OF TEACHING CHILDREN'S INFECTIOUS DISEASES IN MEDICAL UNIVERSITY

Abstract. Today, medical education requires involvement of modern programs and gadgets in the educational process, which makes the teaching process modern and interesting for both teachers and students.

Key words: pediatrics infectious diseases, students.

Останнім часом в Україні відбуваються зміни у системі освіти, що, насамперед, пов'язано з реформуванням освіти у напрямку євроінтеграції. Тому постає перед викладачем необхідність пошуку нових сучасних напрямків викладання предмету у вищій школі. Це також може бути реалізовано за допомогою комп'ютерних технологій, із застосування різних програм [2].

Сучасні студенти є амбітними, цілеспрямованими, зацікавленими у своїй конкурентоспроможності. Тому це спонукає майбутніх лікарів до пошуку своєї самореалізації не тільки на заняттях, а також представленні себе як майбутніх науковців. Тому вони є досить активними на конференціях, соціальних просторах, де мають змогу проявити себе, показати свої знання. Проте, така трансформація молоді вимагає від освітян також певної активності відносно оволодіння сучасними освітніми програмами, не завжди комп'ютерними, вміння використовувати гаджети, що іноді супроводжується побоюваннями бути не сучасними, некомпетентними викладачами [6]. Але сучасний викладач повинен бути також конкурентоспроможним, прогресивним та майстерним педагогом [1]. Сучасний педагог повинен допомогти майбутнім лікарям чітко висловлювати свої думки, навчити вмінню бачити міжпредметні зв'язки із іншими дисциплінами [4].

Слід зазначити, що такий постійний пошук освітянами нового у викладанні, великий об'єм інформації, що вимагає від викладача швидкого сприйняття, обробки та засвоєння інформації, різноманіття робочих програм з медичних дисциплін, можуть призвести до синдрому емоційного вигорання [5].

Сучасний освітній процес у медичних закладах вищої освіти (ЗВО) складно собі уявити без застосування сучасних технологій. Вони допомагають майбутнім лікарям у формуванні клінічного мислення, систематизації знань та осмисленому висловленню своїх думок [7].

Одним із головних аспектів у навчанні майбутніх лікарів є їх зацікавленість у навчальному процесі, тому що мотивація студентів прямо пов'язана із ефективністю навчального процесу. Частіше за все студенти є досить мотивованими, що пов'язано із бажанням досягнення успіху та самореалізації, та водночас, майбутні лікарі можуть бути сором'язливими, невпевненими у своїх знаннях, що призводить до бажання уникнення осуду з боку одногрупників та викладачів [3].

Навчальний процес у медичних ЗВО сьогодні вимагає від викладачів сучасної підготовки, якісного викладання дисципліни та сміливого

креативного мислення. Все це складно уявити без впровадження у навчання сучасних технологій, програм, гаджетів, які значно прискорюють процес навчання та роблять його сучасним.

У Запорізькому державному медичному університеті на кафедрі дитячих інфекційних хвороб активно впроваджуються та використовуються сучасні комп'ютерні технології, програми у навчальному процесі. Це дозволяє викладачам проводити заняття більш креативно, якісно та сучасно. Серед інноваційних технологій, що використовуються, слід виділити: електронний портал, журнал та відомості успішності студентів, он-лайн курси для самостійної роботи студентів 6 курсу медичних факультетів, що розроблені викладачами кафедри за допомогою новітньої програми STUDIO, на платформі EdX, а також впровадження нової програми у навчання – Microsoft Teams. Це дозволяє студентам з будь-яких гаджетів вивчати дисципліну, оскільки є також мобільні версії цих програм, що робить навчання простим, зручним та сучасним.

Перед початком роботи з електронним порталом викладачі кафедри пройшли навчання, що гарантувало чітку та правильну роботи з цим хмарним простором. За кожною кафедрою був закріплений координатор, який допомагав у вирішенні технічних питань. Відповідальні викладачі кафедри своєчасно наповнюють та оновлюють електронний портал кафедри, який є надійним помічником для студентів 5 та 6 курсу медичних та міжнародних факультетів. Він є дуже зручним, оскільки на ньому викладена інформація трьома мовами: українською, російською та англійською. На електронному порталі представлена інформація про кафедру, розклад практичних занять, лекцій, підсумкових модульних контролів для кожної групи, тематичний план (практичних та самостійних занять, лекцій), методичні рекомендації згідно навчального плану, рекомендована література, інформація про наукову, лікувальну, міжнародну діяльність, роботу студентського наукового товариства, а також щомісяця оновлюється інформація щодо академічної заборгованості студентів по кафедрі дитячі інфекційні хвороби. Всі методичні матеріали обговорені на Центральній методичній Раді Запорізького державного медичного університету.

Серед сучасних аспектів освітнього процесу слід виділити й електронні відомості успішності, які значно полегшують роботу викладачам кафедри, оскільки підрахунок відбувається автоматично комп'ютером. Це сучасний прорив, на нашу думку, в організації

навчального процесу у медичному ВНЗі, оскільки програма розроблена таким чином, що внесення викладачем конвертованих балів відбувається досить швидко, що дозволяє миттєво роздрукувати їх на папері та відправити електронну версію до відповідного деканату. Проте, це дуже напружена технічна робота, яка вимагає від викладача уважності та зібраності, наявності певного вільного часу, оскільки практично завжди має місце великий потік груп вітчизняних та іноземних студентів.

Проте, не дивлячись на певну самостійність, навчання студентів потребує контролю їх успішності. Після кожного заняття викладачем заповнюється електронний журнал. Наявні електронні відомості успішності дозволяють ознайомитися з поточними оцінками та заборгованостями з дисципліни не тільки студенту, а також батькам майбутніх лікарів та робітникам деканату. Отже, поточне заповнення інформації в електронному журналі є вагомим стимулом для кожного студента ознайомитися із проблемними для нього темами та швидко ліквідувати заборгованість, а для батьків та деканатів – можливістю контролю за процесом навчання кожного студента. Після відпрацювання академічної заборгованості викладачем кафедри робиться відповідна відмітка в електронному журналі, що дає змогу студентам та їх батькам слідувати за успішністю.

Оскільки у навчальному процесі майбутніх лікарів, окрім практичних занять та лекцій, передбачається і самостійна робота, то он-лайн курси є сучасним елементом самостійного навчання студентів. Останнім часом у медичних ВНЗах практично половину часу аудиторної роботи припадає на самостійну роботу студентів, а саме з дисципліни «Дитячі інфекційні хвороби»: на 6-му курсі медичного факультету самостійна робота кожного дня займає 3 академічні години (практична робота складає 4 години щодня). Тому використанням он-лайн курсів є сьогодні необхідним, креативним та своєчасним аспектом у викладанні дисципліни, що допомагає майбутнім лікарям клінічно та критично мислити, застосовувати знання й інших дисциплін.

Сьогодні співробітниками кафедри дитячих інфекційних хвороб розроблені та впроваджені у навчальний процес он-лайн курси для самостійної роботи студентів п'ятого курсу, які присвячені наступним темам: нейроінфекціям та ГРВІ у дітей. Ці он-лайн курси є сучасними, тому студенти можуть опрацьовувати актуальний навчальний матеріал, в них наведені алгоритми дій при діагностиці та лікуванні захворювань. Он-лайн курс «Нейроінфекції та ГРВІ у дітей» був розроблений у першу чергу

для студентів 5-го курсу, проте, з огляду наповненості та змістовності він є досить актуальним і для навчання студентів 6-го курсів, оскільки, має на меті допомогти студентам зорієнтуватися при труднощах, що виникають при встановленні діагнозу та проведенні диференційної діагностики. Тому розширене викладання даного матеріалу в он-лайн курсі є додатковою для студента можливістю відпрацювати цю непросту тему.

Наступний, третій он-лайн курс є спільним для усіх «випускаючих» кафедр університету. Він був створений для підготовки студентів до складання ліцензійного державного іспиту КРОК-2. Цей он-лайн курс є дуже масштабним та потребував згуртованої праці викладачів багатьох кафедр університету. Актуальність та своєчасність цього он-лайн курсу складно переоцінити. Він спрямований допомагати студентам якісно підготуватися до ліцензійного іспиту, адже завдяки кропіткій праці кожного викладача університету були зібрані та проаналізовані, з огляду на величезний професійний досвід, питання для самоконтролю. Також цей он-лайн курс є структурованим та систематизованим, в ньому виділені основні блоки: хірургічний, терапевтичний та педіатричний. Ще одним досягненням є те, що кожна кафедра створювала свій он-лайн курс згідно фаху, проте за єдиною схемою. Тому за цією схемою розміщені тестові завдання, які дають студенту можливість самостійно відповісти на питання, а при появі складнощів під час відповіді, викладачами кафедр створенні роз'яснення щодо вірної відповіді.

Якщо розглядати питання он-лайн курсів більш масштабно, глобально, то вони спонукають майбутніх лікарів до самостійного, своєчасного вирішення питань, пов'язаних із клінічними проявами, діагностикою та лікуванням певних нозологій, що розширює мислення студентів, допомагає клінічно мислити чітко відповідати на завдання.

Сучасність та своєчасність он-лайн курсу, що присвячений самостійній роботі по дитячим інфекційним хворобам для студентів 6-го курсу, обумовлена ще й тим, що він охоплює всі теми, що винесені на самостійну підготовку студентів згідно учбового плану. Також, слід зазначити, що цей он-лайн курс створений трьома мовами – українською, англійською та російською, для того, щоб усі майбутні лікарі, що проходять підготовку в ЗДМУ, мали змогу повноцінно підготуватися до цього іспиту. Це ще раз демонструє підготовку викладачів на високому рівні як з предмету, так і за рівнем володіння різними мовами. Після впровадження цього он-лайн курсу в навчальний процес для студентів

шостого курсу ми звернули увагу на те, що така структура викликала серед студентів жвавий інтерес, велику зацікавленість на практичних заняттях.

Зазначаємо, що створення та впровадження он-лайн курсів супроводжується певними труднощами. Насамперед це пов'язано зі значним інтелектуальним навантаженням на викладачів, оскільки вимагало достатньо багато часу для аналізу інформації та технічного розміщення у мережі Інтернет; іноді, браком вільного часу, оскільки всі викладачі окрім викладання предмету студентам, є практикуючими лікарями, які консультують складних пацієнтів у клініці. А все це проводилося відповідальними викладачами самостійно.

Окрім того, контроль матеріалу, що був опрацьований студентами, перевіряється за допомогою запропонованих тестових завдань. Проте цей контроль не завжди є об'єктивним з огляду на відсутність можливості ідентифікувати студента. Не в повній мірі працює й система обліку проходження он-лайн курсів, не зовсім коректно працює система технічної видачі сертифікатів учасникам. Все це потребує подальшого вдосконалення.

Сподіваємося, що он-лайн курси, що були створені, допоможуть студентам правильно розрахувати час для самопідготовки та опанування нових знань, оскільки конкретним молодим лікарям потрібен різний час для роботи з он-лайн курсами, тобто це допоможе їм бути більш зібраними та самоорганізованими. Також він навчить студентів працювати зі світовим медичними науковими електронними посиланнями. Все це буде сприяти всебічному розвитку молодих медиків.

Он-лайн курси передбачають дистанційне навчання студентів, що, в свою чергу, вимагає наявності зворотного зв'язку (он-лайн або оф-лайн) між учасниками такого навчання, тобто між викладачем та студентом. Завдяки впровадженню програми Microsoft Teams, яка є новою у викладанні дисципліни «дитячі інфекційні хвороби», процес контролю навчання майбутніх лікарів має бути більш якісним. Ця програма дозволяє створювати чат, який є окремим для кожної групи студентів або для викладачів, і в якому можна прикріплювати та перевіряти завдання для групи або окремих студентів.

На нашу думку, такий спосіб перевірки ефективності опанування он-лайн курсу є більш сучасним, об'єктивним, бо передбачає індивідуальну роботу з кожним студентом, але передбачає додаткову зайнятість викладача.

Сучасне викладання у медичних ВНЗ потребує від професорсько-викладацького складу вміння бути цікавими сучасним студентам, та, в певній мірі, бути психологами, оскільки викладачі кожного разу зіткаються із різними за характерами та здібностями студентами. Це вимагає від викладачів постійного розвитку творчого потенціалу, сучасного мислення та безперервного саморозвитку. Викладач має бути реалізованим у професії, амбітним, самодостатнім, креативним, бути мотиватором для студентів, по-новому якісно, як того вимагає час, викладати дисципліну. Завдяки сучасним технологіям викладач має змогу об'єктивно оцінити роботу студентів, надавати консультації при виникненні окремих труднощів.

Серед майбутніх лікарів останнім часом велику зацікавленість викликають ситуаційні задачі, які розробляються самостійно викладачами кафедри. Ці ситуаційні завдання викладачі використовують із власного професійного досвіду, що підвищує зацікавленість студентів, бо наводяться приклади з практичної діяльності лікарів.

На кафедрі дитячих інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету з активними студентами, що займаються у студентському науковому товаристві, проводяться засідання круглих столів. На засіданнях товариства студенти мають змогу брати участь у обговоренні найбільш актуальних інфекційних захворювань дитячого віку, на вивчення яких під час практичних занять не вистачає часу. Це, насамперед, найбільш гострі питання діагностики та лікування ВІЛ інфекції, ієрсиніозу, сучасних проявів дифтерії у дітей та багато інш.

Останнім часом в Україні та світі дуже активувався рух, що направлений проти щеплення дітей від збудників інфекційних захворювань. Це призвело до зростання кількості захворювань, для профілактики яких можна застосовувати щеплення. Це в першу чергу кір, кашлюк, грип, дифтерія та інші. Тому студенти жваво відгукнулися проти цього руху, дуже відповідально віднеслися до підготовки мультимедійних презентацій присвячених питанням імунопрофілактики інфекційних захворювань та алгоритму дій у вогнищі інфекції. Також студентами самостійно проводилося анонімне анкетування серед свої колег. За результатами анкетування були розроблені інформаційні листівки, в яких були написані основні міфи вакцинації та їх руйнування. Це була дуже креативна та творча робота, в якій кожний мав змогу проявити свою творчість, індивідуальність та креативність.

Сучасне викладання дитячих інфекційних хвороб у медичних ЗВО ставить перед викладачем певні вимоги, а саме: бути взірцем для студента, авторитетом. Якщо викладач є цікавим, сучасним, сміливим, бо сміливість є невід'ємною частиною нових впроваджень, то й буде цікавий і предмет для молодих лікарів.

Враховуючи велику напруженість роботи професорсько-викладацького складу слід не забувати й про необхідність натхнення співробітників кафедр. Оскільки синдром емоційного вигорання так чи інакше все частіше має місце у викладачів вищої школи, треба надихати освітян на подальшу роботу від'їздами на всеукраїнські, зарубіжні конференції, симпозіуми. Це не тільки буде сприяти зростанню творчого потенціалу, але й надасть можливості впровадити нові знання в освітній процес.

Отже, сучасне викладання дисципліни «дитячі інфекційні хвороби» у медичних ЗВО є багатограним, різнонаправленим та креативним. Такий підхід допоможе студентам легше інтегруватися у європейське наукове товариство. Сучасні викладачі мають бути гарними спікерами та мотиваторами для студентів, оскільки тільки завдяки цьому у майбутніх лікарів може бути гарний приклад перед очима. Також креативний викладач є провідником до цікавого світу сучасної науки. Застосування технологій, в тому числі і комп'ютерних, у викладанні дисципліни робить складний процес навчання більш цікавим, а отже, й легким. Тому, складно недооцінити роль сучасних технологій у теперішньому навчальному процесі.

Список використаних джерел:

1. *Беляєва О.М. Розвиток педагогічної майстерності викладачів вищих медичних навчальних закладів: проблеми і шляхи розв'язання // PedagogyandPsychology. 2018. VI (63), Issue: 153. Р. 15-19.*
2. *Дерезюк А.В. Деякі аспекти сучасної педагогіки медичної освіти // Медична освіта. 2015. № 3. С. 26-28.*
3. *Коваленко І.М., Осипенко І.П. Вивчення структури мотиваційної сфери студентів медичного університету // Світ медицини та біології. 2014. № 4 (46). С. 197-200.*
4. *Лавровська А.А., Лапінська Т.В. Міжпредметні та інтегровані зв'язки як необхідна складова у вивченні клінічних предметів // Магістр медсестринства. № 1 (19). 2018. С. 41-44.*
5. *Лембрик І.С., Приймак Р.Ю. Синдром емоційного вигорання у викладача медичного ВУЗу // Врачебное дело. № 5-6. 2018. С. 180-186.*
6. *Носкова М.В. Проблема мотивації педагогів до використання інформаційно-комунікаційних технологій у навчальному процесі // Комп'ютер у школі та сім'ї. 2009. № 1. С 6-10.*
7. *Шухтін В., Шухтіна І. Інноваційні методи викладання студентам медичних факультетів // Новий колегіум. 2015. № 2 С. 51-53.*

УДК 378.147:615.15-057.875]-048.78

*Єренко Олена, к.фарм.н., асистент,
Смойловська Галина, к.фарм.н., доцент,
Хортецька Тая, к.фарм.н., ст. викладач,
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна*

СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

***Анотація.** Важливим напрямом підготовки фахівців фармацевтичної галузі є створення системи безперервної фармацевтичної освіти за рахунок послідовності програм навчання на додипломному та післядипломному етапах. Проаналізовані обов'язкові види післядипломної освіти та можливості самостійного вдосконалення професійних знань і практичних навичок у міжтестатційний період.*

***Ключові слова:** провізор, платформа edX, Microsoft Teams, навчально-методичний комплекс, система LMS.*

*Yerenko Olena, Ph.D, assistant,
Smoylovska Halyna, Ph.D., docent,
Khortetska Taya, Ph.D, senior lecture,
Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhya, Ukraine*

STATE AND PROSPECTS OF IMPROVEMENT OF TRAINING OF PHARMACEUTICALS

***Abstract.** An important area of training for the pharmaceutical industry is to create a system of continuing pharmaceutical education through a series of undergraduate and postgraduate study programs. Required types of postgraduate education and opportunities for self-improvement of professional knowledge and practical skills in the inter-certification period are analyzed.*

***Keywords:** pharmacists, edX, Microsoft Teams, educational and methodological complex, LMS.*

Стрімкі зміни в усіх сферах життя впливають на розвиток інформаційного та, зокрема, освітнього простору. Освітня сфера як основа формування світогляду і духовного становлення особистості зазнає значних трансформацій. Сьогодні перед вищою фармацевтичною освітою стоїть завдання створити умови для підготовки інноваційно орієнтованих фахівців, які були б здатні забезпечити у перспективі прискорений розвиток фармацевтичної галузі.

Простір, де стикаються нові цінності і технології, нові стилі життя, потребує нових, сучасних освітніх підходів, які б зберегли кращі надбання

минулого та підготували майбутнього провізора до роботи, творчості, реалізації особистості в суспільстві [1, с. 505].

Новітні технології в освіті — це процес творення, запровадження та поширення в освітній практиці нових ідей, засобів, педагогічних та управлінських технологій, у результаті яких підвищуються показники досягнень структурних компонентів освіти, відбувається перехід системи до якісно нового стану.

Постає питання, які освітні технології можуть задовольнити сучасний попит провізорів сформувати необхідні компетентності, професійно-особистісні якості майбутніх фахівців фармацевтичної галузі.

Найбільш перспективним напрямком розвитку фармацевтичної освіти є створення віртуального навчального середовища. Сучасний світ інформаційний, і для освітнього процесу велике значення має навчальна інформація — сучасна, досконала, альтернативна, яка потребує спілкування між учасниками педагогічного процесу з метою збагачення задіяних інформаційних ресурсів і підвищення результативності. Віртуальне навчальне середовище покликане полегшити й розширити вивчення будь-якого матеріалу за допомогою сучасних пристроїв (смартфони, комп'ютери, планшети з програмами на платформі edX та Microsoft Teams) [2, с. 151].

На нашій кафедрі розроблені навчально-методичні комплекси з дисциплін, які викладаються на етапі післядипломної освіти, online курси на платформі edX та створений новий портал для викладання дисциплін на Microsoft Teams. Завдяки навігації в наших розробках, провізори-інтерни та фармацевти мають можливість переходу за зовнішніми посиланнями, які розміщені в Інтернеті мультимедійних ресурсів.

Важливо також враховувати зрозумілість і послідовність викладу інформації. Для багатьох дисциплін, які викладаються на післядипломній освіті для фахівців фармацевтичної галузі характерна висока швидкість появи нової інформації. У друкованих навчальних посібниках правки дуже проблематичні й дорого коштують, однак, при використанні електронних навчальних видань вносити необхідні зміни значно простіше, швидше й дешевше.

Online курси з дисциплін та корпоративна платформа на Microsoft Teams повинні мати модульну структуру, бути добре структуровані, розділені на глави, параграфи тощо. Такий розподіл спрощує навігацію і дозволяє сконцентрувати увагу на потрібних майбутньому провізору

фрагментах. Усе це досить добре реалізується завдяки використанню супровіду на віддаленому доступі тьютером кафедри.

Таким чином, застосування інформаційних технологій при викладанні дисциплін на післядипломному етапі у підготовці фахівців фармацевтичної галузі створює додаткові можливості для стимулювання у провізорів-інтернів, фармацевтів та слухачів курсів підвищення кваліфікації творчого мислення, посилює значення самостійної роботи, спрощує та робить об'єктивним контроль та самоконтроль здобутих знань.

Запропоновані сучасні методи викладання дисциплін кафедри мають ряд переваг над існуючими носіями інформації: можливість застосування мультимедійних фрагментів і анімації, можливість підключення комп'ютерних тестових систем, низька собівартість, відносна простота відновлення матеріалу або його адаптація для потреб окремих категорій користувачів, здатність безперервно навчатись та саморозвиватись, надати змогу викладачам оцінювати знання у широкому діапазоні завдань [4].

Одним з перших кроків у напрямку створення віртуального навчання при вивченні дисциплін на кафедрі фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків були розміщенні на сайті ЗДМУ всіх необхідних контингенту, який проходить навчання на кафедрі навчально-методичних матеріалів у PDF- форматі. Контроль та самоконтроль засвоєння навчального матеріалу відбувається із застосуванням інформаційних технологій. Деякі лекції для слухачів курсів підвищення кваліфікації відбувають online через Skype. Інтерактивні курси з дисциплін, які викладаються на кафедрі містять інформаційні матеріали до всіх тем згідно робочої програми, що пояснюють послідовність вивчення матеріалу, порядок виконання завдань, роботу з літературою і тому подібне. Матеріали представлені як окремі елементи курсу. У курсі також використовуються різні види і форми проміжного і підсумкового контролю, у тому числі інтерактивні форми контролю, представлені у відповідній системі LMS. При викладі матеріалів на платформі edX використані практичні приклади, пояснення при поясненні складних моментів, виділені найбільш важкі питання, наведені додаткові пояснення, є міждисциплінарні зв'язки.

Наявність і доступність усіх навчально-методичних матеріалів (робочі навчальні програми, календарно-тематичні плани, методичні розробки для аудиторної та самостійної роботи, бази тестових завдань для підготовки до поточного і підсумкового модульного контролю тощо) через інтернет

дозволяють легко орієнтуватись у змісті дисципліни, проводити самопідготовку в зручний для нього час та у зручному місці.

Окрім інформаційно-навчального матеріалу, в новітніх методах та сучасних засобах навчання передбачено самоконтроль засвоєння інформації з використанням тестування безпосередньо на сайті.

Безперервна фармацевтична освіта за допомогою online навчання здійснює швидку передачу знань та інформації, має низьку собівартість порівняно з традиційними засобами обміну інформацією, можливість навчатися у зручний для провізорі-інтерна, фармацевта та слухача курсів підвищення кваліфікації час та у зручному місці, забезпечення індивідуального підходу при збереженні контакту з викладачем [3, с. 51].

Обмежена кількість годин, що відводиться на практикум, робить проблематичним індивідуальне виконання деяких лабораторних робіт, передбачених програмою, особливо з дисциплін фармацевтичний аналіз лікарських засобів та фармацевтичної технології. Для вирішення цієї проблеми співробітники кафедри створили завдання з лабораторних занять з деяких тем на online курс «ПАЦ Загальна фармація» для підготовки спеціаліста (передатестаційний цикл «Загальна фармація») спеціальності «Фармація, промислова фармація» за навчальним планом передатестаційного циклу зі спеціальності «Загальна фармація», затвердженим МОЗ України.

Подальшими кроками в напрямку створення віртуального навчального простору буде підготовка нових, удосконалення та розширення існуючих курсів на платформі edX та Microsoft Teams, розробка нових симуляторів лабораторних робіт, збільшення бази тестових завдань, що використовуються для самостійної роботи провізорів-інтернів, фармацевтів та слухачів курсів підвищення кваліфікації.

Таким чином впровадження нових інтерактивних технологій підвищує мотивацію навчання і пізнавальну активність, постійно підтримує викладача у стані творчого пошуку дидактичних новацій. Інтерактивна діяльність на практичних заняттях з фармацевтичних дисциплін припускає організацію і розвиток діалогового спілкування, яке веде до взаєморозуміння, взаємодії, до сумісного вирішення загальних та професійних завдань. В ході інтерактивного навчання контингент на післядипломному етапі навчання вчиться критично мислити, вирішувати складні проблеми на основі аналізу обставин і відповідної інформації, зважувати альтернативні думки, ухвалювати продумані рішення, брати участь в дискусіях, спілкуватися з іншими людьми. З огляду на

безпосередній зв'язок між рівнем освіти людини та її професійним і економічним добробутом, впровадження інноваційних технологій в навчальний процес підготовки спеціаліста фармацевтичної галузі є дуже актуальним та перспективним питанням.

Список використаних джерел

1. Беззуб. І. Поширення інформаційно-комунікаційних технологій в освіті протягом життя // *Наук. пр. Нац. б-ки України ім. В. І. Вернадського : зб. наук. пр. / НАН України, Нац. б-ка України ім. В. І. Вернадського, Асоц. б-к України. Київ, 2017. Вип. 48. С. 503–516. URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=3532:poshirennya-informatsijno-komunikatsijnikh-tehnologij-v-osviti-protyagom_*
2. Єренко О.К., Смойловська Г.П. Шляхи вирішення недоліків безперервного дистанційного навчання у фахівців фармацевтичної галузі // *Всеукраїнський науково-практичний журнал «Директор школи, ліцею, гімназії» - Спеціальний тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору», 2019 р. №6. Кн. 2. Том I (79). К.: Гнозис, 2019. С. 149-155.*
3. Коржілова О. Ю. Засоби відкритої освіти в умовах освітніх трансформацій [Електронний ресурс] / О. Ю. Коржілова // *Педагогічна компаративістика – 2014 : матеріали Всеукр. наук.-практ. семінару (Київ, 5 черв. 2014 р.). Київ : Пед. думка, 2014. – С. 51–52. – Режим доступу: <http://repo.sau.sumy.ua/handle/123456789/1656>*
4. Сучасні інформаційно-комунікаційні технології / Г. Г. Швачич, В. В. Толстой., Л. М. Петречук та ін. - *Навчальний посібник. Дніпро: НМетАУ, 2017. 230 с. Режим доступу: https://nmetau.edu.ua/file/ikt_tutor.pdf.*

УДК: 00.4(075.8)

*Іванькова Наталія, канд. пед. наук, доцент;
Строїтельєва Ніна, канд. фіз.-мат. наук, доцент;
Запорізький державний медичний університет
Запоріжжя, Україна*

АДАПТИВНИЙ КОНТЕНТ НАВЧАННЯ З МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ

Запропонований підхід до формування адаптивного контенту при вивченні курсу інформатики у медичному вищому навчальному закладі освіти, який базується на поєднанні традиційних підходів та дистанційного навчання. Пропонується застосування дистанційних онлайн -курсів та сервісів інтрамережі MS Office 365. Показано, що ключовим елементом побудови навчання з використанням інформаційних технологій є забезпечення віддаленого доступу до навчального контенту. Використання адаптивного контенту дозволяє налаштувати процес навчання з медичної інформатики, враховуючи загальний рівень підготовки студентів, а також створює умови для розкриття індивідуальних здібностей студента та формування професійних компетенцій.

Ключові слова: *інформаційні технології, медична інформатика, хмарні технології, дистанційний онлайн – курс, середовище MS Office 365, хмарні сервіси, самостійна робота.*

Ivankova Nataliya, PhD, associate professor;
Stroiteleva Nina, PhD, associate professor;
Zaporizhzhya State Medical University
Zaporizhzhya, Ukraine

ADAPTIVE CONTENT FOR MEDICAL INFORMATICS TRAINING

An approach to the formation of adaptive content in the study of computer science in a medical higher education institution based on the combination of traditional approaches and distance learning is proposed. The use of remote online courses and services of MS Office 365 is offered. It has been shown that providing access to learning content remotely is a key element in building information technology training. The use of adaptive content allows you to customize the process of education in medical informatics, taking into account the general level of preparation of students, and also creates conditions for the disclosure of individual abilities of the student and the formation of professional competencies.

Key words: information technologies, medical informatics, cloud technologies, online distance course, MS Office 365 environment, services, independent work.

Особливістю сучасної медицини є поява нових термінів – електронна медицина та хмарні технології. Основне завдання електронної медицини – забезпечення взаємодії між пацієнтами, лікарями та установами за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, що включає в себе широкий спектр послуг та ресурсів, які знаходяться на перетині медицини та інформаційних технологій. Сутність хмарних технологій полягає в обміні даними в універсальному вигляді без кодувань і перекодувань, зберіганні даних на віддалених носіях. Поступово в «хмари» уходять медичні дані – історія хвороби, зображення організму (рентгенограма, ЕКГ, візуалізації внутрішніх структур біомедичних об'єктів у вигляді 2D та 3D), лікарські консилиуми. Отже, постає питання підготовки майбутніх лікарів до використання зазначених ресурсів. На нашу думку, саме «медична інформатика» стає базою формування відповідних професійних компетенцій, які переносяться на інші дисципліни.

Робоча програма навчального предмету «Медична інформатика» складається з лекцій, аудиторних практичних занять та індивідуальних завдань для самостійної роботи (60 %), яка в даний час не є контрольованою. З метою організації та керування самостійною роботою студентів, на кафедрі медичної та фармацевтичної інформатики і новітніх технологій (МФІ і НТ) створені онлайн курси: «Медична інформатика для лікарів-інтернів» [1] та «Інформаційні технології у фармації» [2]. Основою розроблених курсів є інтрамережа Microsoft Office 365 [3], сервіси якої використовуються в якості адаптивних навчальних і елементів, а саме:

електронна пошта, служба обміну миттєвими повідомленнями, засіб проведення відеоконференцій і здійснення голосових викликів (Skype).

Хмарний формат MS Office 365 забезпечує доступ до документів і даних з різних пристроїв через Інтернет за допомогою браузера, що дозволяє студентам спільно працювати над проектами на будь-яких пристроях з будь-якої точки світу. Можливість організації спільної роботи викладача та студента у середовищі MS Office 365 дозволяє зробити спілкування викладача зі студентами більш мобільним та ефективним. Один із варіантів – це використання сервісу Class Notebook, який дозволяє реалізувати роботу в стилі робочих зошитів. Важливим елементом організації роботи є формування викладачем календарного плану виконання самостійних робіт.

Самостійна робота студентів зорганізується викладачем шляхом створення груп в Active Directory та команд у Microsoft Teams. Завдання для самостійної роботи викладач розміщує для спільного доступу, використовуючи хмарні сервіси One Drive і MS Teams. Окрім самого завдання, викладач задає критерії оцінювання та встановлює строки здачі студентом виконаного завдання. За встановленими критеріями відбувається розподіл балів за самостійну роботу. Під час виконання завдань для самостійної роботи, студенти навчаються створювати свій інформаційний простір для організації навчальної та професійної діяльності, а саме: створювати групи та налаштовувати їх параметри; додавати нових учасників; обмінюватися повідомленнями з членами групи; формувати розклад подій за допомогою календаря; використовувати послугу One Drive для зберігання даних та спільного їх використання, виконувати аудиторні та самостійні завдання в режимі онлайн.

Запропонований нами підхід до формування адаптивного контенту навчання з медичної інформатики дозволяє налаштовувати процес навчання, враховуючи загальний рівень підготовки студентів, а також створює умови для розкриття індивідуальних здібностей студента та формування професійних компетенцій.

Список використаних джерел

1. Он-лайн курс «Медична інформатика для лікарів-інтернів», автори Рижов О.А., Іванькова Н.А. https://courses.zsmu.edu.ua/courses/course-v1:ZDMU+MI_Int_Doc+01.05.2019/about.
2. Он-лайн курс для CPC «Інформаційні технології у фармації», автори Рижов О.А., Строїмєлева Н.І. https://courses.zsmu.edu.ua/courses/course-v1:ZSMU+MFI_F2_2019_C7+201908/about.
3. Офіційний сайт MS Office 365 <https://products.office.com>.

УДК 378.147.091.33-021.464:616.1/.4-07:0005.6

*Лихасенко Іветта,
кандидат медичних наук, доцент кафедри
Лукашенко Ланна,
доктор медичних наук, професор
Кафедра мультимодальної діагностики та пропедевтики
Запорізький державний медичний університет,
Запоріжжя, Україна*

ВДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОПЕДЕВТИКИ

Реорганізація освітнього процесу медичного вузу продиктована збільшеним попитом на якість освіти та вимогами до викладацької діяльності. Проте, часові рамки на вивчення та осмислення нової інформації досить обмежені. Створення онлайн-курсу дає можливість зафіксувати точку опори для розвитку студента та є найліпшою формою для організації навчання, які повинні відображати сучасні напрямки розвитку медицини та фармації. Онлайн-курс розробляється в Edx Studio, що забезпечує зручність у використанні і роботу на персональних комп'ютерах або інших аналогічних пристроях у вільний від аудиторного навантаження для студентів час. Безперечною перевагою онлайн-курсу є можливість анімації різних схем, малюнків, відеозаписів, що дозволяє наочніше ілюструвати процеси, що описуються в змісті заняття.

Ключові слова: *самостійна робота, онлайн-курси, кафедра мультимодальної діагностики та пропедевтики, студенти*

*Lykhasenko Ivetta, PhD (Medical Sciences), Associate Professor
Lukashenko Lanna, Doctor of Medical Sciences, Professor
Department of Multimodal diagnostic and Propedeutic
Zaporizhzhia State Medical University
Zaporizhzhia, Ukraine*

IMPROVING STUDENTS' INDEPENDENT WORK AT THE DEPARTMENT OF MULTIMODAL DIAGNOSTIC AND PROPEDEUTIC

The reorganization of the educational process of the medical university is dictated by the increased quality demand of education and of the teaching requirements. However, the timeframes for the study and comprehension of new information are rather limited. Creating an online course enables you to secure a point of support for student's development and it is the best form of study organization that should reflect current trends in medicine and pharmacy. The online course is developed at Edx Studio, which provides ease of use and work on personal computers or other similar devices in a student-free classroom. The undoubted advantage of the online course is the ability to animate different schemes, drawings, videos, which allows you to illustrate the processes described in the content of the lesson more clearly.

Keywords: *online course, students' independent work, department of multimodal diagnostic and propedeutic, students*

Реорганізація освітнього процесу медичного вузу продиктована збільшеним попитом на якість освіти та вимогами до викладацької діяльності. Проте, часові рамки на вивчення та осмислення нової інформації досить обмежені. Тому, пошук раціональних способів навчання, які б сприяли покращенню сприйняття, поглиблення та осмислення отриманих знань, є першочерговим завданням вищої медичної школи. Згідно з концепцією розвитку охорони здоров'я населення України і нових державних стандартів вищої медичної освіти з'явилася необхідність підготовки кваліфікованих лікарів, впровадження нових технологій.

Розрізняють різні типи засвоєння людиною інформації – це візуальний, аудіальний, кінетичний та номінальний. Візуальний тип дозволяє засвоювати інформацію наочно, в той же час гірше сприймається інформація «на слух»; аудіальний, навпаки, сприяє засвоєнню інформації на слухових образах. Дослідження стверджують, що людина засвоює 10 % прочитаної, 20 % почутої інформації та при їх комбінації засвоєння зростає до 50 %. Саме тому краще засвоюється матеріал, в якому використовуються візуальні і слухові ефекти [2].

Основними завданнями пропедевтики внутрішньої медицини є навчання основам деонтології та професійної етики, оволодіння об'єктивними і суб'єктивними методами обстеження хворих, знання основних симптомів та синдромів при поширених захворюваннях, сучасних лабораторно-інструментальних методів дослідження та їх інтерпретації.

Значну увагу кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб приділяє глибокому вивченню різних методів обстеження пацієнтів і оцінці отриманих результатів, тому закономірним етапом в розвитку системи навчання стало створення онлайн-курсів для самостійної роботи студентів.

Створення онлайн-курсу дає можливість зафіксувати точку опори для розвитку студента. Треба відзначити, що матеріал, представлений в онлайн-курсі, має найкоротшу траєкторію доставки навчальної інформації до студента, тому є найліпшою формою для організації навчання, які повинні відображати сучасні напрямки розвитку медицини та фармації. Отримання теоретичних знань не представляє великих складнощів – у розпорядженні студентів книги, статті, лекції, відеоматеріали, в той час, як самостійне засвоєння матеріалу часто викликає труднощі у студентів. Тому в Запорізькому державному медичному університеті набув досвід

впровадження онлайн-курсів для полегшення засвоєння студентами матеріалу, який винесений для самостійної роботи [1, с. 48].

Онлайн-курс розробляється в Edx Studio, що забезпечує зручність у використанні і роботу на персональних комп'ютерах або інших аналогічних пристроях у вільний від аудиторного навантаження для студентів час.

В теперішній час на кафедрі мультимодальної діагностики та пропедевтики розроблено 2 онлайн-курси з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для самостійної роботи студентів за розділом 1: «Основні методи обстеження хворих в клініці внутрішніх хвороб».

Структура онлайн-курсу включає створення проекту сценарію і наповнення його навчальними елементами. Такий сценарій, який розробляється і наповнюється співробітниками нашої кафедри, дозволяє студенту здійснити пошук завдяки системі навігації за ключовими словами, специфічними термінами або за допомогою електронного меню онлайн-курса, що містить усі розділи.

Безперечною перевагою онлайн-курсу є можливість анімації різних схем, малюнків, відеозаписів, що дозволяє наочніше ілюструвати процеси, що описуються в змісті заняття.

Таким чином, розроблені нашою кафедрою онлайн-курси створюють більш сприятливі умови для вивчення і засвоєння тем самостійної роботи, активізує мотивацію саморозвитку та самовдосконалення, що є важливим пріоритетом у підготовці майбутнього лікаря.

Список використаних джерел

1. Колесник Ю.М., Авраменко М.О., Моргунова С.А., Рижов О.А. Досвід впровадження он-лайн технологій у систему підготовки фахівців галузі знань 22 “Охорона здоров’я” // Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під’єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв’язку): матеріали XV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Тернопіль, 17–18 трав. 2018 р.). Тернопіль: ТДМУ, 2018. С. 48-51.

2. Эдгар Дейл. Как эффективно учиться? [Электронный ресурс] Всестороннее развитие возможностей человека. URL: <http://www.yugzone.ru/>.

УДК 378.147.091.33-021.464: [378.4:61]

Каблуков Андрій

к.т.н., доцент, доцент кафедри

Мурзіна Олена

к.п.н., асистент

Запорізький державний медичний університет

Запоріжжя, Україна

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Анотація: У статті розглянуті можливості підвищення якості підготовки студентів шляхом організації контролю їх самостійної роботи з використанням сучасних інформаційних технологій. Також представлений підхід до організації контролю самостійної роботи студентів медичного університету. Запропоновано методiku контролю самостійної роботи студентів медичного університету на базі додатків Офісу 365. Виявлено, що такий підхід до контролю самостійної роботи студентів сприяє кращій адаптації майбутніх фахівців до професійної діяльності і підвищує рівень якості їх підготовки.

Ключові слова: навчальний процес, самостійна робота, контроль, хмарні технології, офіс 365, Teams, ефективність, якість.

Kablukov Andriy

PhD in Technical Sciences, Associate Professor, Associate Professor

Murzina Olena

PhD in Pedagogical Sciences, assistant

Zaporizhzhia State Medical University

Zaporizhzhia, Ukraine

IMPROVING THE EFFICIENCY OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

Annotation: Possibilities of improving the quality of students' preparation by organizing control of their independent work using modern information technologies are considered in the article. The approach to the organization of the control of independent work of students of medical university is also presented. The method of control of independent work of students of medical university on the basis of applications of Office 365 is offered. It is revealed that this approach to control students' independent work promotes better adaptation of future specialists to professional activity and improves the level of quality of their preparation.

Key words: educational process, independent work, control, cloud technologies, Office 365, Teams, efficiency, quality.

Підвищення ефективності професійної підготовки майбутніх лікарів потребує удосконалення існуючих та пошуку нових форм та методів організації навчального процесу з відповідним врахуванням використання

комплексів технічних і дидактичних засобів, які забезпечують взаємозв'язок аудиторної та позааудиторної форм навчання.

Професійна підготовка майбутніх лікарів включає професійну складову яка спрямована на підготовку майбутніх лікарів до опанування професійними знаннями, виконання професійних функцій, володіння видами професійної діяльності в контексті особистісно орієнтованої парадигми освіти та особистісну яка спрямована на підготовку майбутніх лікарів до професійного самовизначення, професійної самореалізації та професійної самоактуалізації упродовж життя. Тому забезпечення гуманістичної орієнтованої професійної підготовки майбутніх лікарів вимагає поновленого обґрунтування освітнього процесу, розробки відповідних інноваційних підходів, методів, технологій.

Концепцію розвитку та впровадження новітніх інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) в систему освіти, затверджено Розпорядженням Кабінету міністрів України «Стратегія розвитку інформаційного суспільства в Україні» від 15 травня 2013 р. (№ 386-р), реалізація якої розрахована до 2020 року [1].

Підготовка висококваліфікованого фахівця вимагає уваги до змістовного та методичного аспектів розвитку організаційно-педагогічних умов. Це обумовлює необхідність пошуку нових форм викладання і використання сучасних інформаційних технологій в процесі навчання.

Майбутнє професійне самовдосконалення, інтерес до професії та її опанування можна легко реалізувати, використавши належні організаційно-педагогічні умови для підготовки студентів. Необхідно, щоб кожний студент уявляв мету своєї діяльності, необхідність і роль спеціальних знань та вмінь для подальшого використання. Важливим чинником є їх право на особисту самоорганізацію навчання у відповідності зі своїми цілями.

Сьогодні принципова зміна організації освітнього процесу дозволила скоротити аудиторне навантаження. Значна частина навчального навантаження переміщається з викладання в аудиторіях на самостійну роботу студентів (СРС).

Ефективність навчального процесу в вузі багато в чому залежить від того, як організований навчальний процес і як організована самостійна робота самих студентів. Формування професійних компетентностей студентів неможливе без активної самостійної роботи в освітньому процесі. Тому організація самостійної роботи студентів під керівництвом

викладачів є одним з ефективних напрямків в навчальному процесі, що розвиває вміння отримувати і закріплювати знання.

Для забезпечення навчального процесу і самостійної роботи необхідно:

- використання інтерактивних методів навчання;
- активізація самостійної роботи студентів в освоєнні освітньої програми;
- забезпечення навчального процесу необхідними навчальними і методичними матеріалами на паперових та електронних носіях;
- забезпечення доступу до методичних матеріалів та завдань, які розташовані на платформі системи онлайн навчання.

Самостійна робота студентів (СРС) є важливою складовою навчального процесу, спрямованої на підвищення якості, глибини і міцності отриманих знань при навчанні певної дисципліни, формування у студентів потреби до самоосвіти, саморозвитку та самовдосконалення, у тому числі, і в подальшій професійній діяльності [2].

Самостійна робота студента - робота за певним переліком тем, відведених на самостійне вивчення, забезпечених навчально-методичною літературою та рекомендаціями, контрольована у вигляді тестів, контрольних робіт, колоквіумів, рефератів, творів і звітів, при цьому обсяг навчального навантаження (кількість завдань) з кожної дисципліни не повинен перевищувати обсягу СРС в годинах, передбачених для даної дисципліни.

В сучасних типових навчальних програмах вищих навчальних закладів освіти на самостійну роботу відводиться від 30 до 47 відсотків від загального навчального часу [3, 4] на вивчення навчальної дисципліни. Основні форми організації самостійної роботи студентів визначаються змістом навчальної дисципліни, рівнем освіти та ступенем підготовленості студентів, а також необхідністю впорядкування навантаження студентів самостійною роботою.

Одним з найважливіших умов ефективності самостійної роботи студентів є контроль. Розуміння студентом суті реалізованої системи контролю самостійної роботи протягом всього навчання в університеті дисциплінує та вносить організованість і впорядкованість в навчальну діяльність, підготовку до підсумкового контролю, а в цілому забезпечує активну позицію студентів в процесі навчання.

Контроль - це процес перевірки і зіставлення фактичних результатів навчання за планом та встановлення їх відповідно до стандартів і норм.

Загальною метою контролю самостійної роботи студентів є отримання зворотного зв'язку процесу навчання та попередження можливих помилок і упущень, своєчасне виявлення відхилень для недопущення подальшого зниження якості самостійної роботи студентів і якості роботи викладачів в організації освітнього процесу, а також вивчення і оцінки вже допущених відхилень і прийняття рішень щодо їх усунення.

Контроль, з використанням інформаційних технологій забезпечує:

- швидке та оперативне отримання об'єктивної інформації про фактичне засвоєння студентами контрольованого матеріалу, у тому числі безпосередньо в процесі занять;
- можливість детально і персоніфіковано надавати цю інформацію викладачу для оцінки навчальних досягнень і оперативного коректування процесу навчання;
- формування і накопичення, рейтингових оцінок досягнень студентів з усіх дисциплін і модулів освітньої програми;
- прищеплення практичних умінь і навичок роботи з інформаційними ресурсами та засобами [5, с. 110].

Аналізуючи існуючі методики підвищення ефективності самостійної роботи студентів і її контролю в Запорізькому державному медичному університеті (ЗДМУ) вирішили скористатися наявними можливостями сучасних інформаційних технологій, а саме Office 365 і його додатків. Для доступу до методичних матеріалів і завдань за допомогою Інтернету була використана система онлайн навчання edX, яка заснована на комп'ютерних і інтернет-технологіях, та додатку Office 365 Teams.

На базі навчальної платформи edX кафедрами університету було розроблено більше 500 курсів з навчальних дисциплін, що викладаються в університеті.

Для використання онлайн матеріалів кожен студент університету був зареєстрований та отримав логін і пароль для доступу до матеріалів кафедр, які розміщені в каталогах додатку Teams «Навчальні матеріали», «Завдання» і т.д. Контроль і спілкування зі студентами здійснюється за допомогою програми Teams Office 365, в якому створюються команди викладачів та студентів які виконують самостійну роботу, передбачену програмою навчальної дисципліни. Викладач, який контролює СРС, має можливість контролювати діяльність студентів. Також він має зворотній зв'язок з студентами.

Використання дистанційного контролю дозволило викладачам мати інформацію про стан виконання студентами завдань, надавати дистанційно

консультації і контролювати якість засвоєння знань за допомогою тестування.

Для тестування використовується спеціалізована програма «RATOS», яка розроблена співробітниками ЗДМУ та призначена для навчання і тестування студентів.

Висновок. Використання хмарних технологій для організації та контролю самостійної роботи студентів в Запорізькому державному медичному університеті показав, що професійно організована СРС сприяє встановленню більш міцного взаємозв'язку теорії і практики, ефективному освоєнню професійних компетентностей, розвитку комунікативних навичок та умінь. Готує студентів до вирішення типових задач, активізує креативність розумової діяльності та сприяє формуванню у студентів власної життєвої позиції. Сприяє кращій адаптації майбутніх фахівців до професійної діяльності і підвищує рівень якості підготовки майбутніх фахівців.

Список літератури

1. Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 травня 2013 р. № 386-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-p>.
2. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Самостійна робота студентів в умовах інформаційного навчального середовища // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами - Збірник наукових праць № 6(8) 2009.
3. Робоча навчальна програма з дисципліни «Медична інформатика» (розроблена на підставі типової навчальної програми 2010 року). Харківський державний медичний університет. Харків, 2012. 17 с.
4. Скрипкин В. С., Капустина Е. И., Орлянская И. А., Капустин И. В., Безгина Ю. А. Организация и контроль самостоятельной работы студентов // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 6.
5. Проектирование основных образовательных программ при реализации уровневой подготовки кадров на основе федеральных государственных образовательных стандартов : учеб.-метод. пособие / под ред. С. В. Коришунова. М., 2010. 212 с.

УДК: 378.147.091.3:61]:005.336.2

Різник Ольга, к.мед.н., доцент
Закусилова Тетяна, к.пед.н., старший викладач
Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Анотація: питанням підготовки медичних кадрів і розвитку медичної освіти приділяється дуже велика увага на державному рівні. Це сприяє інтеграції сучасних

фахівців в європейську систему освіти, підвищення мобільності студентів і викладачів. Реалізація компетентнісного підходу передбачає широке використання в навчальному процесі активних та інтерактивних форм проведення занять. Ситуаційні інтерактивні завдання спрямовані на придбання студентами практичних компетенцій, володінням сучасними засобами інформації, навичками роботи в групі, колективі.

Ключові слова: компетентність, компетенція, випускник медичного вузу, оцінка результатів навчання, медична освіта.

Riznyk Olha, MD, PhD, Associate Professor
Zakusylova Tetiana, PD, PhD, Senior Lecturer
Department of the health care social medicine and medical-labor examination
Zaporizhzhia state medical university
Zaporizhzhia, Ukraine

COMPETENCY-BASED APPROACH IN MEDICAL EDUCATION

Abstract: very much attention is paid at the state level to the training of medical personnel and the development of medical education. This contributes to the integration of modern professionals into the European education system, increasing the mobility of students and teachers. The implementation of the competence approach involves the widespread use of active and interactive forms of training in the educational process. Situational interactive tasks are aimed at acquiring students with practical competencies, knowledge of modern media, skills in working in a group.

Key words: competency, competence, medical school graduate, assessment of educational results, medical education.

В даний час питанням підготовки медичних кадрів і розвитку медичної освіти приділяється дуже велика увага на державному рівні. Суть концепцій розвитку системи охорони здоров'я в Україні спрямована на зміцнення матеріально-технічної бази медичних установ, впровадження сучасних інформаційних систем в охорону здоров'я, нових стандартів надання медичної допомоги. Ці процеси повинні сприяти інтеграції сучасних фахівців в європейську систему освіти та розширенню доступу до європейської освіти, в тому числі підвищення мобільності студентів і викладачів.

На сьогодні за кордоном існують різні підходи до побудови освітньої програми в вищому медичному навчальному закладі, наприклад програма, побудована за системою органів, яка фокусується на організації змісту навчання; програма на основі компетентнісного підходу, спрямована на результати навчання; програма, заснована на командній роботі, де більша увага приділяється методам навчання. Однак всі існуючі програми орієнтовані на деякі частини складної системи, але не враховують того, як інші компоненти освітнього процесу можуть змінюватися і взаємодіяти

один з одним, тобто виникла необхідність пошуку оптимального підходу до створення сучасної програми навчання в медичному вузі, і більш пильної уваги вимагає суть компетентнісного підходу [1].

У більшості сучасних закордонних видань вказується, що компетентність складається з знань і навичок. Всі компоненти компетентності, крім знань і навичок, включають в себе наступні аспекти: відображення в щоденній практиці; певні цінності при судженнях; відповідність кваліфікації і здібностей, відносин, якостей або станів; професійне судження; відносини і цінності; риси характеру; професійна соціалізація та судження; компетентність як особиста здатність. Таким чином, всі компоненти можна підсумувати в відносини, здібності, судження, цінності та особисті характеристики. [2, 3, 4, 5, 6].

Якість професійної освіти не повинно зводитися тільки до накопичення навичок, знань і умінь з окремих предметів. Освіта на сучасному етапі має сприяти створенню у студента цілісної картини майбутньої професійної діяльності.

При спробі застосування навчання на основі компетентності слід враховувати деякі принципи, які повинні застосовуватися систематично і розроблятися з урахуванням основних особливостей умов професійної діяльності; забезпечувати високу якість навчальної діяльності, розрахованої на допомогу студентам у виконанні кожного завдання; вимагати від студентів виконання завдань вищих рівнів компетентності в умовах, подібних до роботи в медичних закладах.

Реалізація компетентнісного підходу, формування необхідних знань і навичок передбачає широке використання в навчальному процесі активних та інтерактивних форм проведення занять. Все вищезазначене сприяло створенню та розвитку в Запорізькому державному медичному університеті міжкафедрального тренінгового центру. Центр має великий обсяг муляжів, манекенів, програм, а також Cardionics – біонічний гібридний стимулятор, щоб гідно забезпечувати якісне навчання студентів кардіологічного, пульмонологічного, гастроентерологічного профілю, проводити заняття з серцево – легеневої реанімації. За допомогою манекена – симулятора звуків серця, легень і кишківника – SAM Basic студенти можуть діагностувати аортальний стеноз, стеноз легеневої артерії, а також захворювання бронхо – легеневої системи та кишківника. До речі, всі патологічні шуми, хрипи, інші звуки є записами від реальних пацієнтів, що створює ілюзію спілкування наживо. Заняття, що проводяться в інтерактивній формі, дозволяють студентам отримати

ціннісно-сміслові, навчально-пізнавальні компетенції в сфері самостійної пізнавальної медичної діяльності. Значною мірою ситуаційні інтерактивні завдання спрямовані на придбання студентами практичних компетенцій, володінням сучасними засобами інформації, навичками роботи в групі, колективі.

Таким чином, реалізація компетентнісного підходу в медичній освіті сприяє навчанню з високим рівнем самостійності при провідній ролі особистості студента, з варіативністю методів і форм навчання при активному використанні сучасних інтерактивних технологій.

Список використаних джерел

1. Bordage G., Harris I. *Making a difference in curriculum reform and decision making processes* // *Medical Education*. 2011. № 45(1). P. 87–94.
2. Bhatti NI, Cummings CW. *Competency in surgical residency training: defining and raising the bar* // *Academic Medicine*. 2007. № 82(6). P. 569–573.
3. Calhoun JG., Davidson PL., Sinioris ME., Vincent ET., Griffith JR. *Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management* // *Quality Management in Health Care*. 2002. № 11(1). P. 14–38.
4. Carraccio C., Wolfsthal S. D., Englander R., Ferentz K., Martin C. *Shifting paradigms: from Flexner to competencies* // *Academic Medicine*. 2002. № 77(5). P. 361–367.
5. Epstein R. M., Hundert E. M. *Defining and assessing professional competence* // *JAMA*. 2002. № 287(2). P. 226–235.
6. Whitcomb M. *Competency-based graduate medical education? Of course! But how should competency be assessed?* // *Academic Medicine*. 2002. № 77 (5). P. 359–360.

УДК 378.147.88

Савка Юліанна,

к.мед.н., доцент, завідувач кафедри

Сливка Ярослава,

к.мед.н., доцент, доцент кафедри

Кафедра фізіології та патофізіології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м.Ужгород, Україна

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОФІЗІОЛОГІЇ

Анотація. Організація самостійної роботи, як невід'ємної складової навчального процесу є важливим завданням викладацького колективу кафедри. Сучасні підходи до навчально-методичного забезпечення самостійної роботи сприяють розвитку самостійності та організованості студентів, підвищенню якості підготовки висококваліфікованих кадрів для лікувальної діяльності та значної ролі викладача в мотивації студентів до самоосвіти. У даній статті представлений опис традиційних та інноваційних форм та методів організації самостійної роботи студентів, що передбачає підготовку медичних фахівців на якісно новому рівні. Значна увага у

організації самостійної роботи приділяється використанню освітніх електронних ресурсів.

Ключові слова: самостійна робота студентів, навчально-методичне забезпечення, підготовка медичних фахівців.

Savka Yulianna,
PhD in medical sciences, associate professor, head of the department
Slyvka Yaroslava,
PhD in medical sciences, associate professor
Department of physiology and pathophysiology
State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University"
Uzhhorod, Ukraine

EDUCATIONAL AND METHODOLOGICAL SUPPORT OF STUDENTS' INDIVIDUAL WORK AT THE DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY

Abstract. Organization of independent work as an integral part of the educational process is an important task of the teaching staff of the department. Modern approaches to educational and methodological support of individual work contribute to the development of independence and good organization of students, improving training of highly skilled specialists for medical activity and a significant role of the teacher in students' motivation for self-education. This article presents a description of traditional and innovative forms and methods of organizing students' individual work, which provides for the training of medical professionals at a new level. Much attention is paid to the use of educational electronic resources in the organization of individual work.

Key words: student self-study, educational and methodological support, training of medical specialists.

Вступ. Завданнями вищої медичної освіти є підготовка висококваліфікованих конкурентноспроможних медичних фахівців, яка потребує постійного удосконалення методів та форм викладання навчальних дисциплін [2, с. 219]. Важливою складовою якісної освіти є самостійна робота студентів, яка здійснюється в аудиторний та позааудиторний час і складається з пошуку й отримання інформації, поетапного засвоєння нового матеріалу, та закріплення його шляхом застосування на практиці. Ефективність самостійної роботи залежить від організації, змісту, взаємозв'язку і характеру завдань, а також результатів її виконання. При виконанні самостійної роботи формуються навички, знання й уміння студента, а в майбутньому забезпечується засвоєння прийомів пізнавальної діяльності, виникає зацікавленість до творчої та наукової роботи [1, с. 197].

Основна частина. Метою самостійної роботи студентів є формування вмінь планування, систематизації, регулювання власної діяльності без контролю викладача, умінь самостійно здобувати певні знання,

аналізувати їх і переносити в практичну діяльність [3, с. 64]. Враховуючи, що у структурі навчальних дисциплін кафедри фізіології та патофізіології значна кількість годин відведена на самостійну роботу, постало питання удосконалення організації цієї роботи та контролю засвоєння матеріалу, що винесено на самостійне вивчення. З метою покращення організації аудиторної та позааудиторної самостійної роботи студентів на кафедрі фізіології та патофізіології ДВНЗ «Ужгородського національного університету» проводиться постійна робота викладачів для підготовки навчально-методичного матеріалу, що сприяє підвищенню якості теоретичної підготовки до лабораторних занять, формування у студентів практичних знань, умінь і навичок. Навчально-методичні посібники з дисципліни «Фізіологія» та «Патофізіологія» розроблені відповідно до робочих програм. У посібниках до кожної теми заняття вказано тему, навчальну мету, теоретичні питання для самопідготовки студентів та алгоритми проведення практичних робіт. Важливою складовою методичних вказівок є додатки, які містять не лише теоретичний матеріал для навчання, але і допомагають студентам в організації позааудиторної самостійної роботи з навчальної дисципліни. У додатках наведено визначення основних термінів та понять, стислий зміст теоретичного матеріалу для самопідготовки. До кожного заняття наведені контрольні питання до теми із обґрунтованими відповідями, які дають можливість студенту самостійного контролю засвоєння навчального матеріалу. Теоретичний етап підготовки до заняття доповнюється прикладами тестових завдань до теми із бази даних ліцензійного іспиту «Крок 1» та ситуаційними задачами клінічного спрямування для самостійної роботи. Викладання самостійної роботи контролюється викладачем як на кожному лабораторному занятті так і обов'язково на підсумкових заняттях з навчальної дисципліни. Окремі теми з навчальних дисциплін виносяться на самостійне опрацювання, для цього в навчально-методичних посібниках підготовлені рекомендації до їх засвоєння та подається список рекомендованої літератури. Враховуючи збільшення обсягу навчальної інформації та сучасні вимоги щодо способів її отримання, на кафедрі постійно використовується електронний сайт навчання. Завдяки цьому електронному освітньому ресурсу студенти отримують більше вільнодоступної інформації для навчання і самопідготовки. На сайті електронного навчання кафедри студент отримує не тільки текстову інформацію навчального матеріалу, але і презентації лекційних матеріалів із навчальних дисциплін. Основними перевагами використання сайту

електронного навчання у навчальному процесі є вільний доступ студента до інформації, швидке оновлення і доповнення нових матеріалів, можливість подання інформації у рубриці дошка оголошень, наприклад про проведення засідань студентського гуртка тощо.

Враховуючи, що навчальні дисципліни кафедри «Фізіологія» та «Патофізіологія» включені у ліцензійний іспит Крок-1, велику увагу на кафедрі приділяють підготовці до складання даного інтегрованого іспиту. На базі сучасного комп'ютерного класу студенти мають можливість підготовки до тестових завдань та проходження контролю. Комп'ютерні тести підготовлені викладачами кафедри, базуючись на матеріалах типових завдань типу Крок-1. У методичних вказівках, які представлені на сайті електронного навчання, на кожне тестове завдання з різних розділів фізіології та патофізіології представлені чіткі, лаконічні, доступні пояснення, які сприяють усвідомленому запам'ятовуванню фізіологічних та патофізіологічних процесів та механізмів їх регуляції. До кожного пояснення правильної відповіді у ситуаційній задачі вказано посилання на рекомендоване джерело з навчальної дисципліни.

Висновки. Таким чином, застосування сучасних навчально-методичних підходів підготовки до організації самостійної роботи з навчальних дисциплін кафедри фізіології та патофізіології ґрунтується на комплексному підході з використанням традиційних і інноваційних форм та методів, що дозволяє підвищити ефективність викладання теоретичних дисциплін на якісно новому рівні.

Список використаних джерел

1. Гребеник Л.І., Прімова Л.А. *Форми та підходи до організації аудиторної самостійної роботи студентів на практичних заняттях з біологічної хімії. Світ медицини та біології. 2010. №4. С.197-180.*
2. Коротич Н.М. *Самостійна робота студентів як фактор підготовки спеціаліста в умовах кредитно-модульної системи навчання. Світ медицини та біології, 2017. №1 (59). С.219-222.*
3. Шлімкевич І.В. *Організація самостійної роботи студентів у вищих медичних закладах в умовах кредитно-модульної системи навчального процесу. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія Медицина. 2014. Вип.6. С.64-66.*

УДК 614.88

Скляр Сергій,

к.мед.н, доцент, завідувач кафедри, полковник медичної служби запасу

Іванов Олексій, асистент кафедри

Череха Юрій, асистент кафедри

Кафедра сімейної, паліативної та військової медицини

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна

ВИКОРИСТАННЯ МНЕМОНІЧНИХ СИЛОГІЗМІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСВОЄННЯ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ НА ЗАНЯТТЯХ ЗІ СТУДЕНТАМИ ПРИ ВИВЧЕННІ ПІДГОТОВЧОГО ЕТАПУ ДО ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПОСТРАЖДАЛОГО НА МІСЦІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ

Для кращого засвоєння алгоритмів дій, особливо в екстремальній ситуації використовують мнемонічні силогізми. Для організації підготовчого етапу перед первинним оглядом постраждалого на місці пригоди був запропонований алгоритм «З-Д; З-О; З-П; З-З». Цей силогізм розшифровується – думка, дія, допомога, які, в свою чергу, пояснюються триплетами: «обачність, обережність, обставини», «повідомлення, периметр, помічники», «зір, запитання, зіничний рефлекс». В статті розглядається змістовне наповнення цих понять.

Ключові слова: алгоритм, екстремальна ситуація, первинний огляд постраждалого, мнемонічний силогізм.

Sklyar Serhiy, PhD in medicine, associated professor,
retired colonel of medical service, head of the department

Ivanov Oleksiy, assistant

Cherepakha Yuriy, assistant

Department of family, palliative and military medicine

State Institution "Luhansk State Medical University

Rubizhne, Ukraine

THE USE OF MNEMONIC SYLLOGISMS TO INCREASE THE EFFICIENCY OF MASTERING TRAINING MATERIAL IN CLASSES WITH STUDENTS IN THE STUDY OF THE PREPARATORY STAGE FOR THE INITIAL EXAMINATION OF THE VICTIM AT THE SCENE OF AN EXTREME SITUATION

For better mastering of action algorithms, especially in extreme situations use mnemonic syllogisms. For the organization of the preparatory stage, prior to the initial examination of the victim at the scene, the algorithm was proposed "З-D; З-O; З-P; З-C". This syllogism stands for thought, action, help, which, in turn, is explained by triplets: "prudence, caution, circumstances", "messages, perimeter, assistants", "vision, questions, pupillary reflex". The article deals with the substantive content of these concepts.

Keywords: algorithm, extreme situation, initial examination of the victim, mnemonic syllogism.

Екстремальна подія може виникнути в будь-який момент і в будь-якому місці де є мінімум один її чинник. Це може бути: автомобіль, електричний струм,

обледенілий дах, побутовий газ та багато іншого. При певних умовах всі ці, та інші фактори можуть призвести до екстремальної ситуації з загибеллю або травмуванням людей. Від чіткості дій та організованості на місці екстремальної події залежить життя постраждалого. Хто першим найчастіше може опинитися на місці пригоди? Це наші звичайні громадяни, які є споживачами первинної медико-санітарної допомоги, медичні працівники в позаробочій час. До кого найчастіше звертаються за порадою, чи запрошують в організовані колективи для проведення занять з домедичної допомоги? До лікаря загальної практики, на дільниці якого знаходиться цей заклад. Тому лікар загальної практики має володіти методологією надання домедичної допомоги.

Під час проведення занять з навчального модулю «Домедична допомога при екстремальних ситуаціях» з'ясувалося, що студенти другого курсу медичного університету, які вивчали прийоми домедичної допомоги в школі, а деякі з них були випускниками медичних училищ, вважали домедичну допомогу початком первинного огляду і виконували заходи в рамках алгоритму «ABC», або «CABC». При цьому вони абсолютно ігнорували важливі заходи підготовчого етапу. Взагалі, вони не виділяли цей етап тому, що він в більшості керівництв та посібників надається у вигляді окремих рекомендацій, не пов'язаних між собою єдиним змістом [2, 3, 4]. На питання: «Які ваші перші дії, коли ви побачили місце екстремальної ситуації?». Абсолютна більшість студентів відповідала: «Як найшвидше наближаюся до постраждалого і перевіряю прохідність дихальних шляхів і далі за алгоритмом «ABC». При цьому вони нехтували власною безпекою та безпекою постраждалого, усвідомленням механізму події, повідомленням служб екстреної допомоги, призначенням помічників для надання допомоги та інше.

На місці події вступають в силу декілька несприятливих чинників, які ускладнювали швидке та негайне надання домедичної допомоги. По-перше, всі хто знаходиться на місці події (постраждалі і випадкові свідки) знаходяться в стані емоційного шоку від побаченого та пережитого. По-друге, серед випадкових свідків може опинитися людина з нестійкою психікою і істеричними нападками, що зовсім зіпсує і так напружений психологічний стан на місці події. По-третє, очолити організацію надання домедичної допомоги, це значить, взяти на себе відповідальність за життя постраждалих. Це вимагає певних характерологічних рис. Часто виникає спокуса відсторонитися. В-четвертих, особа, яка бере на себе роль рятувальника повинна знати чіткий порядок дій на місці пригоди,

оволодіти увагою натовпу випадкових свідків та глядачів і всім оточуючим продемонструвати впевненість у своїх діях.

Метою роботи було – визначити послідовність заходів підготовчого етапу до первинного огляду постраждалого на місці екстремальної ситуації і кодувати її у вигляді мнемонічного силогізму для кращого запам'ятовування.

Найбільш відомими прикладами є алгоритм «CABC» – (Critical bleeding – зупинка критичної кровотечі, Airways – прохідність дихальних шляхів (западіння язика), Breathing – поранення грудей, Circulation – рани, крововтрата) [1, 3]. Мнемонічний силогізм «КОЛЕСО», запропонований військовим парамедиком Ольгою Омельчук, співпадає з «CABC», але вважається, що він більш зручний для запам'ятовування в наших умовах і розшифровується: К – кровотеча, О – огляд дихальних шляхів, Л – стан легень, Е – ефективність дихання, С – робота серця, О – огляд тіла й оцінка свідомості [6].

Для послідовності подій підготовчого періоду до первинного огляду постраждалого на місці екстремальної ситуації авторами був запропонований мнемонічний силогізм: «З-Д; З-О; З-П; З-З», або «три Д, три О, три П, три З».

Перші «три Д» розшифровуються: «Думка», «Дія», «Допомога». В такому порядку повинна відбуватися загальна послідовність подій на місці пригоди. Ініціатор надання домедичної допомоги повинен спочатку оцінити ситуацію на місці події, потім, на підході до місця події, організувати натовп свідків та глядачів і, тільки після цього приступити до допомоги постраждалому. Все це не вимагає додаткового часу.

Починаємо з першої «Д» – думка. Ви знаходитесь на певній відстані від місця події і у вас є повний обзор місця події, поки ви не наблизилися безпосередньо до постраждалого. Підсвідомо ви починаєте виділяти певні деталі місця пригоди. Безумовно, що першою думкою буде про необхідність надання негайної допомоги. Але небезпека, на яку ви наражаєтесь при наближенні до місця події, повинна призупинити вас. Ви розумієте, що якийсь небезпечний фактор вже призвів до однієї жертви, а чи не станете ви наступною жертвою, якщо необачно наблизитесь на те місце, де сталася пригода. Тому першою повинна з'явитися думка про «Обачність, обережність», безпеку власну і безпеку постраждалого, який продовжує знаходитися в небезпечному місці (перша «О»). І ви очима починаєте шукати той фактор, який призвів до травмування. Він може бути явним, у вигляді автомобіля, який здійснив наїзд на пішохода і стоїть

неподалік або у вигляді мотоцикла, який лежить понівечений неподалік постраждалого і так далі. Ви починаєте все співставляти і намагаєтеся відтворити механізм травмування, або «Обставини події» (друга – «О»). Це дає можливість вам визначити, чи досі залишається небезпечним травмуючий фактор. Крім цього, якщо ви не стали безпосереднім свідком події, то ви маєте оцінити: «Скільки осіб постраждали в цій події?» Ви визначаєте «Об'єм події, чи кількість постраждалих» (третя – «О»). Наприклад, якщо з мотоциклістом був пасажир, то траєкторія його польоту найчастіше не співпадає з траєкторією водія мотоцикла, і пасажир може впасти в інше місце, яке може бути приховане кущами чи іншими об'єктами. Тобто, тому кого першим побачили, надали допомогу, а іншому – ні або надали запізно. Таким чином, перші три думки мають запам'ятатися, як три «О»: «Обачність, обережність (безпека власна і постраждалого)»; «Обставини події (механізм травми)»; «Об'єм події (кількість постраждалих)».

Ви рухаючись в бік постраждалого, зробили висновки по своїм першим трьом думкам і знаєте, як уникнути небезпеки, якщо травмуючий фактор ще залишається актуальним. Для всіх присутніх ця подія стала стресовим фактором і спричинила розгубленість. Ви маєте взяти ситуацію під контроль. Своїм голосом, інтонацією, рухами, розпорядженнями ви показуєте, що ви володієте ситуацією, у вас є алгоритм дій, ви впевнені в собі і своїх діях. Тому вольовим голосом ви починаєте організовувати оточуючих. В цьому полягає друге «Д» – дія. Ви пам'ятаєте, що після трьох «О», йдуть три «П». По-перше вам необхідно призначити особу, яка буде повідомляти службу екстреної медичної допомоги, поліцію і рятувальників, тобто – Повідомлення (перше «П»). Вам треба організовувати надання допомоги постраждалому і тому втрачати дорогоцінний час ви не можете. По-друге, ви маєте забезпечити безпеку на місці події – створити «безпечний Периметр» (друге «П»). Якщо постраждалий лежить на проїзній частині, то необхідно потік транспорту спрямувати в об'їзд місця пригоди. І третю дію, яку ви маєте зробити – «обрати собі Помічників» (третє – «П»). Для цього ви повинні запитати присутніх: «Хто є свідком події?» і запропонувати їм залишитися на місці до прибуття поліції для надання свідчень з приводу пригоди. Вам потрібно не менше чотирьох помічників на випадок, якщо потрібно буде перевертати постраждалого, не менше двох – для проведення серцево-легеневої реанімації. Таким чином, три «П» полягає у організації випадкових свідків. З числа свідків ви призначаєте особу яка «Повідомляє

103, 102, 101», особу яка забезпечує «безпечний Периметр» і обирає «Помічників для надання допомоги».

Тепер ви безпосередньо наближаєтеся до постраждалого. Настає час надання третього «Д» – допомоги. Ви повинні згадати три «З» – це три прості послідовні дії. Перше «З» – зір. Ви повинні при біглому загальному огляді тіла оцінити дві речі:

1. Чи є у постраждалого критична кровотеча?

2. Чи немає ознак які б свідчили, що пошкодження несумісні з життям?. Якщо ви виявили критичну кровотечу, то негайно маєте зробити пальцеве притискання відповідної судини і дати вказівку своїм помічникам знайти чи зробити джгут. Можна зупинити любий автомобіль і запозичити джгут з автомобільної аптечки. Як альтернативу, можна використати ремінь, або імпровізований джгут, закрутку. Цією дією ви виконали першу операцію алгоритму «САВС». Після зупинки критичної кровотечі, якщо в цьому була потреба, ви оглядаєте тіло на предмет наявності ушкоджень несумісних з життям. Це може бути неприродний поворот голови, який свідчить про перелом шийного відділу хребта, висока ампутація кінцівки, значна деформація грудної клітки, мозкової частини черепа та інше. Якщо при зовнішньому загальному огляді ви не виявили нічого особливого, то слід гучно звернутися до постраждалого. Друге «З» – запитайте: «Ви чуєте мене?», торкніться легко долонею до плеча постраждалого. Постраждалий знаходиться також в стані емоційного шоку, тому може бути загальмований, але на ваше звернення він відреагує. Тоді ви йому наказуєте: «Не рухайтесь! Я вам буду допомагати!» Ви забороняєте йому рухатись на випадок ймовірного ушкодження шийного відділу хребта. Якщо ви без повідомлення постраждалому почнете його первинний огляд, то прийшовши у свідомість під дією ваших маніпуляцій, він почне боронитися. Тим самим, може викликати зміщення у шийному відділі хребта і буде заважати вам. Зверненням до постраждалого, ви почали його обстеження за алгоритмом «AVPU», якими оцінюється рівень свідомості постраждалого: **Alert** – **притомний**; **Voice** – **голос**; **Pain** – **біль**; **Unresponsive** – **не реагує**. Якщо постраждалий виявиться при свідомості, адекватно оцінює ситуацію, то ви починаєте збирати анамнез за алгоритмом «SAMPLE», Symptoms — симптоми; Allergies — які у постраждалого алергічні реакції; Medications — які медикаменти постійно приймає постраждалий; Past Medical History — попередній медичний анамнез; Last Oral Intak – коли останній раз постраждалий приймав їжу; Events Leading Up To Present Illness / Injury – події, які призвели до

виникнення цього захворювання чи пошкодження [5]. Якщо ваше обстеження показало, що він знаходиться в непритомному стані, то тоді слід перевірити третє «З» – зіничний рефлекс. Для цього, можливо, потрібно буде перевернути постраждалого. Слід пам'ятати, що кожного постраждалого ми вважаємо таким, що ймовірно має травму хребта, особливо шийного відділу. Перевертати слід «як колоду», і робити ручну фіксацію шиї. Відсутність рефлексу свідчатиме про важкі соматичні ушкодження, анізокорія – про крововилив у мозок, а наявний рефлекс буде кращою прогностичною ознакою. Після перевірки зіничного рефлексу починаємо реалізацію реанімаційного алгоритму «ABC».

Таким чином, всі описані події є підготовчим етапом до надання домедичної допомоги і при проведенні хронометражу рятувальник не витрачає додатковий час, а застосування мнемонічного силогізму робить усвідомлення та дотримання алгоритму більш стійким від впливу емоційного стресу екстремальної ситуації.

Список використаних джерел:

1. *Військово-медична підготовка* / Під редакцією професора Бадюка М.І. К.: „МП Леся“, 2007. 482 с.
2. *Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник* / [В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, А.А. Гудима та ін.] К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. 84 с
3. *Екстрена медична допомога (до госпітальні протоколи): посібник* // за ред. професора О.В. Богомолець, професора Г.Г. Роціна. Київ. Юстон. 2016. 212 с.
4. *Екстрена медична допомога травмованим на догоспітальному етапі: навчальний посібник* / [В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, А.А. Гудима та ін.]. Київ. 2016. 400 с.
5. Sample. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/SAMPLE>.
6. *Як військовий парамедик Ольга Омельчук винайшла КОЛЕСО*. URL: <https://www.depo.ua/ukr/war/yak-viyskoviy-paramedik-olga-omelchuk-vinayshla-koleso-20170214519045>.

УДК 004.45:004.774:004.75:378.018.43]:[378.4:61](477.64-25)

*Андросов Олексій, старший викладач
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна*

ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗРОБКИ ОНЛАЙН КУРСІВ ДЛЯ НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСУ ЗДМУ

Розкрито основні етапи формування адаптивного контенту масових інтерактивних онлайн-курсів для навчання студентів ЗДМУ. Показано, що використання відкритої платформи хмарних обчислень корпоративного рівня MS Azure і програмного забезпечення з відкритим вихідним кодом Open edX є одним з

методів інноваційної педагогіки. Постійна поява нових корисних онлайн сервісів і інструментів збільшує ефективність систем дистанційної освіти.

Ключові слова: платформа Open edX, дистанційна освіта, команда курсу, структура курсу, онлайн-курс, розробка курсу, інструмент, навчання.

Androsov Oleksiy, Senior Lecturer
Zaporizhzhya State Medical University
Zaporizhzhya, Ukraine

MAIN STAGES OF DEVELOPING ONLINE COURSES FOR THE EDUCATIONAL PROCESS OF ZDMU

The basic stages of forming the adaptive content of mass interactive online courses for the education of students of ZSMU are revealed. Using open source cloud computing platform MS Azure and open source software Open edX is shown to be one of the methods of innovative pedagogy. The constant emergence of new useful online services and tools enhances the effectiveness of distance education systems.

Keywords: Open edX platform, distance education, course team, course structure, online course, course development, tool, training.

Скорочення аудиторних годин в навчальних планах дисциплін призводить до перегляду програм та розгляду онлайн-навчання в якості альтернативного інструменту, що розширює час і обсяг інформації. ЗДМУ, розміщуючи курси з використанням хмарних технологій, не тільки беруть участь у широкомасштабному проєкті інноваційної педагогіки, але почасти мають маркетингову мету збільшення набору студентів. На підставі проведеного аналізу висвітлених у літературі досліджень онлайн-навчання виявлено, що інноваційні методи навчання вносять вклад в ефективність системи традиційної освіти.

В університеті для створення онлайн-курсів використовується платформа Open edX. При створенні курсу потрібні базові знання HTML, щоб ефективніше працювати з існуючими компонентами: налаштовувати завдання під власні потреби, оформляти заняття так, як це бачить викладач. Елементи HTML оголошуються за допомогою команд розмітки. Існуючі в тексті документа HTML-теги інтерпретуються браузером при відображенні документа.

Для створення масового відкритого онлайн-курсу (МООК), необхідна, ідея (з формуванням мети курсу, баченням цільової аудиторії, результатів навчання), планування кожного кроку в створенні (підготовка сценарію, консультація методиста, класифікація матеріалів курсу, формування команди курсу, складання календарного плану) і правильна організація часу.

edX Studio – це веб-додаток, інструмент розробки і структурування курсу edX. Для доступу до інструментів розробки необхідно спершу пройти реєстрацію на сайті MicroSoft (office.com) і здійснити вхід на хмарну платформу OPEN edX (studio.zsmu.edu.ua) використовуючи отримані реєстраційні дані. При створенні першого або нового курсу необхідно вибрати кнопку «+ Новий курс».

Ядром будь-якого курсу є зміст на вкладці «Курс». Щоб додати його необхідно перейти на екран «Структура курсу», де деталізувати розділи, підрозділи і блоки (кожен блок відображається як одна сторінка). У розділі «Структура курсу» використовуйте кнопки «+ Новий розділ», «+ Новий підрозділ» і «+ Новий блок», щоб створити ієрархію змісту. щоб змінити установки і видалити елементи курсу користуйтеся кнопками «Налаштування» і «Кошик». Змінити порядок утримання можна перетягуючи розділи, підрозділи або блоки. Для перегляду відображення курсу очима студентів існує кнопка «Перегляд курсу». У розділі «Розклад і огляд курсу» вказуються дати початку та завершення реєстрації на курс, закінчення курсу.

Компоненти – це контент (відео, текст в HTML, теми для обговорень, тести в XML), які додаються опцією «Додати новий компонент». Є шаблони HTML-тексту. При копіюванні тексту фіксованої в вікно редагування він може відображатися без вихідного формату, для чого необхідна його корекція, краще копіювати звичайний текст. Чорновий режим додавання контенту відзначається жовтою смугою вздовж підрозділу. Контент повинен мати налаштування на дату випуску для студентів. При додаванні компонента обговорення заповнюється поле теми обговорення.

Тести можуть мати один або кілька варіантів відповідей, введення тексту та цифр, що випадають зі списку. У простому редакторі тесту з вибором одного варіанта відповіді в подвійних кутових дужках формулюється саме питання, правильну відповідь позначається знаком «х» в круглих дужках, в тезі [explanation] необхідно пояснювати правильну відповідь. Для формування тесту з списком, що випадає в редакторі в подвійних квадратних дужках пишуться варіанти відповідей, вірний варіант полягає в круглі дужки. При текстовому введенні правильного варіанту відповіді на питання тесту після знака = пишеться відповідь і далі після знака og = синоніми відповіді, при числовому введенні відповіді десяткові дробі записуються через крапку. В налаштуваннях тестів є установка максимальних спроб відповіді, часу між спробами, вага тесту.

Відеофрагменти курсу не повинні тривати більше 6 до 9 хвилин. Блоки відео часто супроводжуються інтерактивними оцінками для рефлексії учнями.

Маркетингове відео (реклама) про курс має тривалість 30 секунд. Скрипт на 1 сторінку з 12-кеглевим шрифтом відповідний до відео. Для створення інтерактивних презентацій в програмі PowerPoint використовують інструмент **iSpring**. Поліпшення відео відбувається шляхом мікшування звуку і кольорокорекції. Для edX необхідно стиснути відео за допомогою протоколу H.264. Якщо відеоматеріал опублікований на YouTube, для того щоб його вставити необхідно ввести ідентифікатор, який копіюється по посиланню кнопки «поділитися». Відеоконтент може супроводжуватися субтитрами. Їх можна включити у властивостях відео і вони з'являться у нижнього краю для полегшення навчання студентам з обмеженими можливостями.

Відсоток учнів, які отримують доступ до MOOK за допомогою смартфонів, також зростає з кожним днем. Розробка курсу для мобільних пристроїв має свої особливості і способи оптимізації курсу (з відносними розмірами для зображень, таблиць і тексту для масштабування на дисплеях різного розміру, розмір зображень повинен бути менше 0,5Мб для виключення проблем із завантаженням і т. д.).

У списку «Контент» при виборі «Оновлення» додаються оновлення інформації на головній сторінці курсу (оголошення, терміни проведення оцінки, роздаткові матеріали). У тому ж меню «Контент» при виборі "Файли і завантаження" вставляють посилання на файли. При завантаженні файлів існує обмеження на розмір файлу (10 мб). При додаванні підручника знадобиться файл PDF, для окремих глав рекомендуються різні PDF-файли. У списку контенту можна додати користувацькі (поширених запитань учнів, навчальний план, прогрес, вики і т.д.). Додані сторінки додаються в горизонтальному меню навігації по курсу.

Стандартна політика оцінки від 50% – прохідна, яка може ґрадуватися. Окремі підрозділи курсу можуть бути використані для оцінки у вікні налаштувань підрозділу. В налаштуваннях оцінювання визначаються типи завдань (тести, завдання, іспит) з визначенням їх частки з 100 %. За успішне виконання перевірочних тестових завдань всередині підрозділів може нараховуватися по 1 балу, за виконання завдань зведених тестів по розділах – по 2 бали, за виконання завдання, яке вимагає самостійного написання матеріалу – 30 балів і т. п. У загальній оцінці за курс може також враховуватися активність учня, бали можуть

нараховуватися за участь в дискусіях. Відображення оцінки у студента з'являється на вкладці прогресу.

Курс розробляють члени команди, всі з яких повинні мати обліковий запис на платформі, при додаванні нового члена команди в розробку курсу вказується його e-mail. Члени команди в наступному можуть модерувати навчання, так дискусійні модератори можуть редагувати, видаляти повідомлення, залишати коментарі та коментарі (відображаються при перегляді колірною індикацією).

До інструментів для взаємодії зі слухачами відносяться: форум (найпопулярніший інструмент для спілкування), чат, опитування (при знайомстві і відгук про курс), вебінар і розсилка. На форумі є розпізнавальні ознаки слухачів: фотографії профілю, никнем або імена, система оповіщень і соціальні функції (поставити лайк / поділитися). Можна використовувати зовнішній форум з вільним доступом. На панелі інструктора курсу (Панель інструментів інструктора) є інструмент масової розсилки, наприклад для вітальної електронної пошти учням, зареєстрованим в класі, перед початком занять. До розсилок необхідний не формальний підхід: з особистим зверненням на ім'я курсанта, з фотографією автора курсу, побажанням вдалого закінчення. На панелі інструментів інструктора також сторінки «Адміністратор учнів», «Завантаження даних» і «Аналітика».

Перед запуском курс проходить бета-тестування. У переліку перевірки курсу повинні бути перевірка грамотності, роботи посилань, коректності та зрозумілості завдань, наявності передмов і коментарів. Може бути проведено експорт курсу файлом tar.gz. в списку інструментів. При імпорті курсу будь-які дані курсу будуть перезаписані, тому краще створити новий екземпляр порожнього курсу для імпорту.

Інтернет розвивається дуже швидко і майже кожен день в ньому з'являються нові корисні сервіси та інструменти, які можна впроваджувати в курс, що, можливо, зробить курс унікальним. Тому перед викладачами університету, що створюють курси, стоїть непросте завдання – залучити достатню кількість студентів до свого предмету і утримувати їх увагу протягом всього періоду навчання. Таким інструментом без перебільшення є платформа Open edX на базі якого в нашому університеті створено вже понад 580 курсів.

З цією технологією викладача ознайомилися на курсах тематичного удосконалення проводяться кафедрою медичної та фармацевтичної інформатики. Простота інтерфейсу і якість в підготовці наших викладачів

було достатнім для того щоб в короткий час були розроблені відповідні курси. Але для контролю якості в університеті працює експертна комісія з аналізу онлайн курсів, яка в інтерактивному режимі здійснює доведення курсів до відповідних навчальних стандартів.

Список використаних джерел

1. Якушина Е. В. Разработка курса “Создание MOOK на платформе Open edX” // Электронный журнал Вопросы Интернет Образования. 2017. URL: http://vio.uchim.info/Vio_134/cd_site/articles/art_4_5.htm.
2. Первушина Г.В. Мережі і мережні технології URL: <https://sites.google.com/a/i-dist.ru/informacionnyetehnologii/seti-i-setevye-tehnologii>. Введення в мережні технології. (Дата звернення: 04.04.2016).
3. Рижов О.А., Андросов О.І. Он-лайн курс для CPC «Інформаційні технології у фармації». URL: https://courses.zsmu.edu.ua/courses/course-v1:ZSMU+MFI_F2z_2019_C8+2019.10/about.
4. Примаченко І., Примаченко В., Молчановський О. Як створити масовий відкритий онлайн-курс // Prometheus. 2016. URL: https://courses.prometheus.org.ua/courses/Prometheus/MOOC101/2016_T1/about.

УДК 37:378:378.1:378.14:378.14.015.62

*Драбкова Анастасия, студентка
Стукач Мария, студентка
Макеенко Валентин, ассистент
Кафедра анатомии человека
Витебский государственный медицинский университет
Витебск, Республика Беларусь*

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ИЗ РАЗНЫХ СТРАН К СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Аннотация. Сейчас актуально получение образования за рубежом. Но иностранные студенты встречают трудности: языковой барьер, иная культурная и социальная среда. Анкетирование студентов из Беларуси, Ливана, Шри-Ланки и Индии указывает на необходимость применения в образовательном процессе программ адаптации к обучению в университете с учетом системы образования в стране их проживания.

Ключевые слова: адаптация, образование, университет, иностранные студенты, анкетирование.

*Anastasiya Drabkova, student
Stukach Maria, student
Makeenko Valentin, assistant
Department of human anatomy
Vitebsk State Medical University
Vitebsk, Belarus*

FEATURES OF ADAPTATION OF STUDENTS FROM DIFFERENT COUNTRIES TO THE SYSTEM OF HIGHER MEDICAL EDUCATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Abstract. Nowadays, receiving an education abroad is relevant. However, international students faced difficulties: language handicap, dissimilar cultural and social environment. Questionnaire among the students from Belarus, Lebanon, Sri Lanka and India points to the need for applying at education process adaptation programs at the university with due regard for education system in the country of their residence.

Key words: adaptation, education, university, international students, questionnaire.

Введение. Современный образовательный процесс характеризуется такой яркой особенностью, как межкультурный и межнациональный диалог. Мировая глобализация приводит к непрерывному обмену знаниями и опытом, накопленными представителями различных государств и культур. Интернациональный характер современного образования побуждает к развитию всё новых и новых программ и методов учебного процесса [1, с. 112].

Усилившаяся интернационализация и глобализация процесса образования позволила сформироваться такому явлению как студенческая миграция. Данное понятие включает в себя предоставление услуг образования страной для иностранных граждан. Множество стран мира конкурируют между собой на международном образовательном рынке, поскольку данная сфера услуг укрепляет экономическое состояние, позволяет расширить сферу культурного влияния и способствует научному сотрудничеству. На данный момент в университетах Беларуси получают образование более 20 тысяч иностранных граждан из 102 стран мира. Витебский государственный медицинский университет осуществляет подготовку иностранных граждан с 1981 года, а в 1984 был награждён орденом Дружбы народов.

Целью работы было сравнение особенностей обучения в школах Беларуси, Индии, Шри-Ланки и Ливана, влияющих на адаптацию к системе высшего медицинского образования Беларуси.

Особенности, выявленные в данной статье, помогут разработать адекватные методы и программы по интеграции в процесс обучения и общественную жизнь граждан соответствующих стран, что позволит повысить эффективность их работы.

Методы. Для получения информации о системе школьного образования Беларуси, Индии, Шри-Ланки и Ливана было проведено анонимное анкетирование студентов первого и второго курсов Витебского

государственного ордена Дружбы народов медицинского университета. Всего в анкетировании было опрошено 64 студента из Беларуси, 47 студентов из Ливана, 36 студентов из Шри-Ланки и 15 студентов из Индии. Использованные в анкетировании вопросы приведены в *таблицах 1 и 2*. Обработка полученных данных производилась в программе MSExcel.

Таблица 1.

Результаты анонимного анкетирования студентов первого и второго курсов Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета из Республики Беларусь (РБ), Индии, Шри-Ланки и Ливана

№	Вопрос	РБ	Ливан	Шри-Ланка	Индия
1	Сколько учеников присутствовало на уроке в одном классе (абсолютное количество)?	8-32 (Ср.22)	7-35 (Ср.18)	8-45 (Ср.30)	24-60 (Ср.38)
2	Какие учителя преобладали в вашей школе? в % А. Мужчины В. Женщины С. В равном соотношении D. Только мужчины E. Только женщины	1,56 89,06 9,38	10,64 23,40 65,96	5,55 30,47 61,71 2,77	6,67 93,33
3	Ваша школа была А. Однополая (только для мальчиков/ девочек) В. Смешанная	7,81 92,19	17,02 82,98	50 50	20 80
4	У вас была школьная форма в вашей школе? А. Да В. Нет	48,44 51,56	89,36 10,64	95,46 4,54	93,33 6,67
5	Вы были обязаны носить её каждый день? А. Да В. Нет	48,44 51,56	87,24 12,76	95,46 4,54	93,33 6,67
6	Язык, на котором вы учились, был родным для вас (вы общаетесь на нем в повседневной жизни)? А. Да В. Нет	81,25 18,75	31,91 68,09	60,94 39,06	33,35 66,65
7	Учителя объясняли материал на каждом уроке (все темы были объяснены)? А. Да В. Нет	68,75 31,25	95,75 4,25	91,41 8,59	93,33 6,67
8	Материал, который объясняли учителя, был достаточным для того, чтобы получить: А. Лучшую отметку В. Хорошую отметку	25 67,2	44,68 40,43	33,24 58,45	39,97 46,69

	С. Даже чтобы получить минимальную отметку, нужно было готовиться самостоятельно	7,8	14,9	8,31	13,34
9	Было ли возможно получить положительные отметки, работая только на уроках без самостоятельной подготовки дома? А. Да В. Нет	56,25 43,75	46,8 53,2	44,6 55,4	26,68 73,32
10	Задавали ли вам домашнее задание на уроке (это было обязательно)? А. Да В. Нет	90,63 9,37	74,5 25,5	58,45 41,55	73,32 26,68
11	Какие отметки вы получали (система оценивания)? А. 1-100% В. А, В, С, D С. 1-5 D. Рейтинговая система Е. 1-10 F. Ваш вариант	100	36,2 6,38 17,02 14,9 25,5 (1-20; 1-120%)	72,02 24,93 2,77	86,66 6,67 6,67
12	Вы получали отметку на каждом уроке (это было обязательно)? А. Да В. Нет	86 14	36,2 63,8	33,24 66,76	59,98 40,02
13	Какие отметки учитывались при выставлении итоговой отметки по предмету? А. Отметки за каждый урок В. Отметки за контроль в конце недели С. Отметки в конце месяца D. Отметки за четверть Е. Только окончательный экзамен	46,88 3,13 3,13 42,18 4,68	12,76 19,15 14,9 40,43 12,76	8,31 4,54 4,54 71,53 11,08	13,34 6,67 46,69 33,3
14	Какой тип опроса преобладал в вашей школе (во время контрольных занятий)? А. Устный В. Письменный	21,88 78,12	10,64 89,36	13,85 86,15	26,68 73,32
15	Информация о вашей успеваемости была доступной для других учеников в школе? А. Да, мы знали отметки друг друга В. Нет, это была конфиденциальная информация	78,12 21,88	85,1 14,9	52,63 47,37	59,98 40,02

Таблиця 2.

Сведения о языках обучения в средней школе студентов первого и второго курсов Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета из Республики Беларусь (РБ), Индии, Шри-Ланки и Ливана, %

Вопрос	РБ	Ливан	Шри-Ланка	Индия
Какой язык использо- вался в вашей школе в качестве основног о?	Русский 90,6 Белорусски й 9,4	-Французский/ Английский 2,13 -Арабский 12,76 - Английский/Арабски й 14,9 - Французский/Арабск ий 4,25 -Английский 14,9 -Французский 38,3 -Французский/ Арабский/Английски й 12,76	-Английский 66,76 - Сингальский 22,165 -Тамильский 8,31 - Английский/ Тамильский 2,77	-Английский 79,99 -Хинди 6,67 -Английский/ Хинди 13,34

Вопрос №1 касается организационных моментов школьного образования. Результаты показали, что наибольшее количество учеников в одном классе характерно для Индии (в среднем 38, максимально 60), чуть меньшее количество отмечается в Шри-Ланке (в среднем 30, максимально 45). В то же время отмечается меньшее количество учеников в одном классе в школах Беларуси (в среднем 22, максимально 32) и Ливана (в среднем 18, максимально 35). В медицинских университетах Республики Беларусь студенты распределены в группах по 12-15 человек на профильных дисциплинах (на семинарских занятиях по социально-гуманитарным наукам – удвоенные группы). Из этого следует, что студенты из всех четырёх стран сталкиваются с изменениями в организационном аспекте.

На вопрос №2 о гендерном распределении учителей в школах студенты из Беларуси (89,6 %) и Индии (93,33 %) указали преобладание женщин среди преподавателей, в то время как в Ливане (65,96 %) и Шри-Ланке (61,71 %) отмечается равное соотношение учителей обоих полов. В отношении же гендерного распределения учеников в школе (вопрос № 3) большинство из опрошенных студентов обучались в смешанных классах. Таким образом, ни у одной группы студентов не должны возникнуть проблемы в общении с преподавателем противоположного пола.

Вопросы № 4-5 касались школьной формы. Большинство из опрашиваемых студентов ответили, что в их школах была введена школьная форма, которую они были обязаны носить каждый день. Примечательно, что наиболее низкие результаты показали опрошенные из Беларуси (№ 4 48,44; № 5 48,44), а в школах Ливана (№ 4 89,36; № 5 87,24) ученики не каждый день были обязаны носить школьную форму. Поскольку в медицинских ВУЗах Беларуси формой являются белые халаты, а на определённых кафедрах ещё и медицинские шапочки, ни у одной группы студентов не должно возникнуть непонимание.

Самой острой проблемой для иностранных студентов является языковой барьер, поэтому в обязательном порядке стоит учитывать язык, на котором производилось обучение в школе (таблица 2 и вопрос № 6). Выяснилось, что 90,6 % студентов из Беларуси обучались на русском языке, а 81,25 % из них считает его родным. Большинство опрошенных студентов из Ливана (38,3 %) проходило обучение на французском языке, с учётом того, что для 68,09 % студентов данный язык не является родным. В Шри-Ланке 66,76 % студентов проходило обучение на английском языке, 60,94 % из которых считает его родным. 79,99 % студентов из Индии обучались на английском, 66,65 % из которых считают его родным. Поскольку обучение граждан Беларуси проходит на русском языке, а у иностранных граждан на английском языке, у отечественных студентов будет отмечаться наилучшая языковая адаптация по сравнению со студентами других стран. Самые низкие показатели языковой адаптации отмечаются у студентов из Ливана.

Следующие два вопроса (№ 7,8) касались непосредственно вклада учителя в изложение материала и получения информации учениками. Анкетирование выявило, что в Ливане (95,75 %), Шри-Ланке (91,41 %) и Индии (93,33 %) материал был объяснён учителем на уроке в почти равной степени, в то время как в Беларуси этот показатель значительно снижен 68,75 % соответственно. Важно отметить, что большинство студентов из Беларуси (67,2 %), Шри-Ланки (58,45 %) и Индии (46,69 %) ответили, что материала, который давал учитель, было достаточно, чтобы получить хорошую отметку. Однако в Ливане большинство учеников (44,68 %) могли получить лучшую отметку, пользуясь знаниями, данными учителем без самостоятельной подготовки. В системе высшего медицинского образования Республики Беларусь действует методика, при которой студент должен 80% знаний приобрести самостоятельно. Таким образом, для всех четырех групп студентов переход в университет является

стрессом, который, однако, в меньшей степени затрагивает студентов из Беларуси и в большей (а между собой почти равной) студентов из Ливана, Шри-Ланки и Индии.

Продолжая тему самообразования, были заданы вопросы № 9,10. В большинстве своём студенты из Ливана (53,2 %), Шри-Ланки (55,4 %) и Индии (73,32 %) ответили, что без самостоятельной подготовки было невозможно получить положительные отметки. Однако стоит отметить, что большинство (56,25 %) студентов из Беларуси наоборот ответило, что возможно было получить положительную отметку без самоподготовки. Что же касается обязательности домашнего задания, во всех четырёх категориях студентов отмечалось его наличие: в Беларуси 90,63 %, в Ливане 74,5 %, в Шри-Ланке 58,45 % и в Индии 73,32 %. В медицинских университетах Республики Беларусь домашнее задание студенты получают на каждом занятии и без самоподготовки невозможно получить положительную отметку [2, с. 100]. Таким образом, наиболее адаптированными к подготовке занятий оказались студенты из Беларуси и Индии, а наименее – из Ливана.

Вопросы № 11-14 были посвящены системе оценивания учебной деятельности. Необходимо сразу отметить, что все четыре категории студентов сталкиваются с новой системой оценивания: в Витебском государственном медицинском университете используется комбинированная система, которая включает в себя как классическую школьную шкалу от 1 до 10 баллов, так и рейтинговую систему [3, с. 326; 4, с. 123; 5, с. 16]. Выявилось, что в случае студентов из Беларуси у всех опрошенных (100 %) в школах была введена десятибалльная шкала (1-10), в то время как у остальных трех групп, опрошенных отличались системы оценивания работы учеников в рамках одной страны. В Ливане (36,2 %), Шри-Ланке (72,02 %) и Индии (86,66 %) отмечается превалирование стопроцентной (1-100 %) системы оценивания работы учащихся. Далее были проанализирована частота оценивания. Самый высокий показатель получения отметки на каждом уроке был выявлен в Беларуси (86 %), меньше в Индии (59,98 %), показатели студентов из Ливана (36,2 %) и Шри-Ланки (33,24 %) соответственно. Также удалось выявить различия в форме осуществления опросов: хотя во всех категориях студентов преобладала письменная форма контроля, в Ливане этот показатель особенно высок 89,36 %, в то время как в Шри-Ланке этот показатель (73,22 %) оказался самым низким среди групп. В связи с тем, что основной формой контроля в медицинских университетах является устный опрос,

можно сделать вывод, что студенты из Ливана будут испытывать наибольшие трудности при ответе, особенно если учесть, что ответ осуществляется на неродном для студентов языке.

Завершающий вопрос (№ 15) касался темы конфиденциальности данных об успеваемости учеников. Результаты анкетирования показали, что во всех группах большинству учеников были известны отметки друг друга, наивысший показатель был выявлен в школах Ливана (85,1 %).

Перспективы дальнейшего исследования. В дальнейшем планируется проведение подобных опросов среди студентов других стран и их сравнение с результатами студентов из Беларуси.

Заключение. Результаты, полученные в данной работе, свидетельствуют о необходимости разработки и применения в образовательном процессе методик и программ для наилучшей адаптации иностранных студентов. Анонимное анкетирование показало, что студенты из Индии и Шри-Ланки более приспособлены к обучению в университете, следовательно, стоит увеличить количество абитуриентов из данных стран. В свою очередь, принимая во внимание более тяжелый процесс адаптации к учебе граждан Ливана, следует разрабатывать специализированные программы для данной категории студентов.

Список использованных источников

1. Гуцина Л.Н., Стенько А.А. Адаптация иностранных студентов к обучению и социально- культурной среде в Гродненском государственном медицинском университете. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. Гродно, Республика Беларусь, 2016. № 1. С. 112-116.
2. Петько И.А., Толстая С.Д. Адаптивные технологии как инструмент активации познавательного процесса и повышения качества обучения на кафедре анатомии человека. Инновационные обучающие технологии в медицине. Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием. Витебск, Республика Беларусь, 2017. С.100-103.
3. Тесфайе В.А., Усович А.К., Ксениди И.Д., Королькова Н.К. Рейтинговая система оценки знаний как фактор повышения эффективности успеваемости иностранных студентов. Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета. УО "Витебский государственный медицинский университет":. – Витебск, Республика Беларусь, 2014. С.326-327.
4. Усович А.К. Унификация критериев и балльно-рейтинговых систем оценки компетенций студентов лечебного и стоматологического факультетов по дисциплине "анатомия человека" Вестник Витебского государственного медицинского университета. Витебск, Республика Беларусь, 2013. №1. С.123-129.
5. Усович А.К. Оценочные критерии балльно-рейтинговой системы в вузах. Вышэйшая школа. Минск, Республика Беларусь, 2013. №1 (93). С.16-20.

МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

УДК: 618.14-005.1-008.4-083.98:618.179

Щербина Ірина

д. мед. н., професор, професор кафедри

Нагута Людмила

к. мед. н., доцент кафедри

Кузьміна Ольга

к. мед. н., доцент, доцент кафедри

Кафедра акушерства та гінекології №1

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Аномальні маткові кровотечі (АМК) є однією з найбільш поширених причин звернення до гінеколога. АМК викликає залізодефіцитну анемію та зниження якості життя жінок, що обумовлює соціальну та клінічну значимість цих проблем. В етіопатогенезі сучасну роль відіграють як гінекологічна, так і екстрагенітальна патологія. При АМК, які є потужним стресом для організму в цілому, особливо які поєднуються з екстрагенітальною патологією, присутні як фізичні фактори стресу, так і психоемоційні фактори. Сукупність змін, які відбуваються в організмі під дією стресорів (причин стресу), визначають адаптаційний синдром.

Ключові слова: *аномальна маткова кровотеча, патологія ендометрію, діагностика, медикаментозна терапія, контрацептиви, гестагени.*

Shcherbyna Iryna

Doctor of Medicine, Professor, Professor of Department

Naguta Liudmyla

PhD of Medical Sciences, Associate Professor of Department

Kuzmina Olha

PhD of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of Department

Department of Obstetrics and Gynecology №1

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

TOPICAL ISSUES OF IMMEDIATE ASSISTANCE IN ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Abnormal uterine bleeding (AUB) is one of the most frequent for contacting a gynecologist and conducting interventions. AUB causes iron deficiency anemia and a decrease quality of life of women, which in turn is the reason of their social and clinical significance. Both gynecological and extragenital pathology play a modern role in etiopathogenesis. In AUB, which is a powerful stress for the body as a whole, especially which are combined with extragenital pathology, there are both physical stressors and

psycho-emotional factors. The set of changes that occur in the body under the action of stressors (causes of stress), determine the adaptation syndrome.

Key words: *abnormal uterine bleeding, pathology of the endometrium, diagnosis, drug therapy, contraceptive, gestagens.*

У невідкладних станах в гінекології, особливо у жінок репродуктивного віку, несвоєчасне надання медичної допомоги може привести до тяжких наслідків для пацієнтки та поставити під загрозу репродуктивну функцію у майбутньому. Предметом обговорення в цій роботі є оцінка та лікування аномальних маткових кровотеч (АМК), поширеного та невідкладного ускладнення, що виникає у жінок репродуктивного віку.

В сучасному світі АМК є найбільш поширеною причиною звернення жінок репродуктивного віку до гінеколога, так як значно погіршує стан та якість життя сучасної жінки, тим самим впливає на загальний стан та репродуктивне здоров'я, на професійну діяльність. В етіопатогенезі сучасну роль відіграють як гінекологічна, так і екстрагенітальна патологія, що обумовлено властивостями ендометрію – гормонозалежного органу, який має здатність тонко реагувати на зміни гормонального статусу на рівні цілого організму, що, у свою чергу, пов'язане з участю різних органів та систем у метаболізмі статевих гормонів. [4, с. 11]. АМК є потужним стресом для організму в цілому, особливо ті, що поєднуються з екстрагенітальною патологією. При цих кровотечениях присутні як фізичні фактори стресу (клітинні фактори «тканинного стресу» у відповідь на порушення цілісності тканин при метрорагії, особливо при хірургічному гемостазі; запальні процеси; дисгормональні та ендокринно-обмінні порушення, які супроводжують гінекологічну та супутню їй екстрагенітальну патологію), так і психо-емоційні фактори (емоційна реакція на хворобу та лікування). Сукупність змін, які відбуваються в організмі під дією стресорів (причин стресу), визначають адаптаційний синдром [5, с. 199]. При цьому в першу фазу стресу відбувається адекватне та відповідне відображення стресових факторів, збільшення кортизолу як стрес-реалізуючого та формуючого адаптаційний синдром фактору. А надалі, за принципом зворотнього зв'язку, вмикається стрес-лімітуюча система, до якої належить епіфіз, що продукує гормон мелатонін. Мелатонін має різноманітні біологічні властивості, які в свою чергу, відновлюють гемостаз в організмі [3, с. 215].

Діагноз АМК у жінок репродуктивного віку встановлюють тільки після виключення захворювань та патологічних станів, при яких також

може спостерігатись кровотеча: порушена маткова або позаматкова вагітність, міома матки з підслизовим або центрипетальним зростанням вузла, поліпи ендометрію, аденоміоз, полікістоз яєчників, ураження ендометрію внутрішньоматковими контрацептивами. Основними причинами кровотеч є дисбаланс простагландинів: підвищення фібринолітичної активності крові, порушення судин міометрію, порушення гормонального гомеостазу в ендометрії [1, с. 93].

Одним з поширених ускладнень АМК є залізодефіцитна анемія. З огляду на негативні наслідки анемії, доцільно вважати дану проблему однією з актуальних в гінекології. АМК зазвичай є гормонозалежними. Виділяють овуляторні та ановуляторні АМК. Овуляторні АМК становлять 20% та як правило відбуваються при регулярному менструальному циклі з характерним передменструальним синдромом та двофазною базальною температурою.

Ановуляторні АМК виникають ациклічно з інтервалами 2-6 місяців та тривають більше 10 днів. Ановуляторні АМК обумовлені порушеннями гормональних ланок в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. При цьому спостерігаються нерегулярні ановуляторні менструальні цикли, рясні кровотечі, монофазна базальна температура. Причинами ановуляторних маткових кровотеч можуть бути: системний гормональний дисбаланс, порушення менструального циклу у вигляді оліго- та опсоменореї, нестача прогестерону в лютеїновій фазу циклу. АМК виникають на тлі гіперплазії ендометрію та безпліддя. Причиною також можуть бути вторинні гіпоталамічні хвороби – такі як стрес, хронічні системні захворювання, патологія ендокринної системи, ожиріння.

Основним завданням лікування ановуляторних АМК є регуляція менструального циклу.

Традиційно при госпіталізації жінок з АМК проводиться стандартна гемостатична терапія, яка включає консервативний та хірургічний гомеостаз (проводять фракційне вишкрібання каналу шийки матки та порожнини матки). При цьому не враховується поліетіологічність даної патології, вплив різних факторів, що обтяжують, індивідуальні властивості організму та стан інших органів і систем, особливо при супутній екстрагенітальній патології. Для профілактики рецидивів АМК застосовують гормональні препарати, склад і доза яких підбирається індивідуально в залежності від результатів гістологічного дослідження зішкрібу слизової оболонки порожнини матки. При залозисто-кістозній гіперплазії ендометрію призначають естроген-гестагенні препарати. Можна застосовувати чисті

гестагени від 4 до 6 місяців. Після закінчення лікування проводять контрольне вишкрібання слизової оболонки матки та гістологічне дослідження зішкрібу. Протипоказаннями до гормональної терапії є тромбоемболія, варикозне розширення вен нижніх кінцівок та прямої кишки, загострення хронічного холециститу, гепатиту [2, с. 29]. Тому на сучасному етапі при наданні допомоги жінкам з АМК є актуальною оптимізація лікування з урахуванням етіопатогенетичних особливостей як гінекологічної, так і екстрагенітальної патології, збільшення ефективності терапії, що призначається, та профілактика рецидивів АМК.

Список використаних джерел

1. Cooper J.M., Erickson M.L. *Endometrial sampling techniques in the diagnosis of abnormal uterine bleeding*. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014; 27: 235-44.
2. Horne M.C. *Consultative Hemostasis and Thrombosis* Philadelphia, 15 (2012): 31–28.
3. Kadir R.A., Economides D.L., Sabin C.A., Owens D., Lee C.A. *Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia* Lancet, 351(2009):485 –9.
4. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S., Fraster I.S. *FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age* FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Int J Gynaecol Obstet, 113 (2011): 3–13.
5. Practice Bulletin №. 128 *Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive aged woman* American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, 120(2012):197–206.

УДК 159.9:130.2:325.54]–054.7(477)

Шпильовий Ярослав,

кандидат медичних наук, асистент кафедри

Рахман Людмила,

доктор медичних наук, доцент, професор кафедри

Плевачук Оксана,

кандидат медичних наук, доцент кафедри

Кафедра психіатрії, психології та сексології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.

Львів, Україна.

ПСИХОТРАВМУЮЧІ ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У КАТЕГОРІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ УКРАЇНИ

В статті розглянута проблема психічного здоров'я у специфічній соціальній групі – внутрішньо переміщених осіб в Україні. Огляд літературних даних засвідчив вплив травмуючи чинників на психіку таких людей та труднощі в процесі їх інтеграції на нових місцях перебування. Водночас, як зауважують автори, одним із основних викликів, на сьогодні, є організація та надання психологічної допомоги та психологічної реабілітації внутрішньо переміщеним особам. Шляхи вирішення даної проблеми

перебувають у сфері соціального консультування, підтримки вразливих груп і подолання стресового стану.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, міграція, психологічна дезадаптація, психологічна допомога, психологічна реабілітація.

Yaroslav Shpylovyy

PhD, Assistant Professor

Lyudmyla Rakhman

Doctor of Medical Science, Professor of the Department

Oksana Plevachuk

PhD, Associate Professor

Department of Psychiatry, Psychology and Sexology

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine

PSYCHO-TRAUMATIC FACTORS AND THE PECULIARITIES OF THE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING OF INTERNALLY DISPLACED PEOPLE IN UKRAINE

The present article is concerned with the mental health problems of a specific social group of Ukrainian citizens – internally displaced people. The review of the literature data has identified the impact of the traumatic factors on the psychic of these people and the issues occurring in the process of their integration in the new residential places. At the same time, the authors state that the organization and provision of psychological aid and psychological rehabilitation to internally displaced people are the main challenges at the moment. The ways of solving this problem may be found in the spheres of social consulting, support of vulnerable groups and elimination of stress conditions.

Key words: internally displaced people, migration, psychological disadaptation, psychological aid, psychological rehabilitation.

Суспільно-політичні процеси останніх років, насамперед, збройний конфлікт з Російською Федерацією на Сході України, зумовили глобальні трансформації у психоемоційній сфері українців і породили ряд нових соціально-психологічних явищ, у тому числі й небезпечних для психічного здоров'я [1, с. 5-11; 2, с. 105; 3, с. 98-105; 4, с. 36-45; 5, с. 6-10]. Одним з найбільш важливих в суспільному та медичному аспекті явищ є виникнення нової соціальної групи – внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які змушені були покинути місця постійного проживання внаслідок російської окупації або загрози насильства чи порушення їх прав через збройну агресію [9, с. 124-126; 8, с. 154-159]. За інформацією Міністерства соціальної політики України, станом на 04.11.2019 року в Україні було зареєстровано 1,417 млн. ВПО [6], більше половини з яких складають жінки.

ВПО стикаються з цілою низкою проблем та організаційних складнощів, серед яких є забезпечення основних життєвих потреб – їжею, житлом, медичною допомогою, – а також соціальних потреб, таких як відновлення документів, соціальні виплати, початкова, середня та вища освіта, забезпечення роботою тощо; при цьому задоволення цих потреб у ВПО пов'язане з більшими, ніж у корінних мешканців, труднощами. Особливо актуальною є проблема забезпечення ВПО психологічною та психотерапевтичною допомогою, що вимагає спеціальних законодавчих та організаційних заходів з боку національної влади [9, с. 124-126].

Актуальність проблеми психологічної допомоги та психологічної реабілітації ВПО розглядається в якості одного з основних викликів, з якими стикнулася Україна у зв'язку зі збройним конфліктом та агресією Росії, і вимагає концентрації всіх національних ресурсів та міжнародної допомоги. Вирішення цього завдання передбачає надання вимушеним переселенцям послуг із соціального консультування, психологічної адаптації та підтримки, захист вразливих груп, подолання психофізіологічних травм, стресового стану, соціальної апатії тощо. Для успішного виконання цього завдання повинні залучатися як психологи-консультанти і психотерапевти, створюватися мультидисциплінарні команди фахівців (у тому числі за рахунок збільшення державного замовлення), так і широко використовуватися можливості самих ВПО, які можуть надавати психологічну допомогу за принципом «рівний – рівному» [7, с. 175-181].

Формування психологічних реакцій на подію внутрішнього переміщення відбувається у певній послідовності, що дозволило ряду авторів запропонувати класифікації етапності психологічних та психопатологічних змін при вимушеному переміщенні. Так, у роботах Р.К. Paradopoulos (2001, 2002) описано чотири стадії, які складають «травму біженця»: стадію передбачення, яка характеризується формуванням передумов для міграції у вигляді загрози життю, здоров'ю, недоторканості, майну; стадію руйнації, під час якої відбувається безпосереднє зіткнення ВПО з бойовими діями, загрозами смерті, каліцтва, насильства, обмеження прав і свобод; стадію виживання, під час якої всі психологічні ресурси особи спрямовані на збереження життя і безпеки, і яка характеризується залишенням постійного місця проживання і пошуком нового притулку; та стадію адаптації, під час якої відбувається пристосування ВПО до нових умов перебування, соціального оточення, фінансового стану і т.п. [19, с. 405-422; 20, с. 24-70].

Натомість, інші автори (Н. Berman, 2001; S. Lustig et al., 2003; A. Pumariega et al., 2005; M. Fazel, A. Stein, 2009) розвивають триетапну модель «досвіду біженця», що передбачає фази передміграції, міграції та пост міграції. Фаза передміграції відповідає стадії передбачення в моделі R.K. Papadopoulos і передує залишенню біженцем місця постійного проживання. На цьому етапі ВПО стикаються з загрозами власній безпеці та своїй родині, позбавленням або обмеженням основоположних прав і свобод, ризиком втрати майна. У фазі міграції відбувається переміщення біженця з місця постійного проживання до місця тимчасового перебування; основною психологічною характеристикою цієї фази є невизначеність щодо майбутнього. Остання, постміграційна фаза відповідає перебуванню ВПО на новому місці проживання; психологічно вона характеризується стійкими реакціями горя на втрату звичного місця проживання, родини, друзів та матеріальних статків; виразність цих феноменів значною мірою залежить від ставлення приймаючої сторони до біженця [10, с. 243-252; 12, с. 297-301; 17, с. 82-96; 23, с. 581-597].

Аналізуючи хронологічні моделі «досвіду біженця», L. De Haene et al. (2007) зауважують, що досвід маргіналізації біженців включає як історію маргінальності в місці попереднього проживання, так і соціальну та культурну ізоляцію, з якою вони можуть стикнутися на новому місці проживання. У біженців може бути вираженою травматизація, пов'язана з передміграційним періодом, що асоційована з досвідом бойових дій, насильства, переслідування, викрадення, катування і т. ін. Травматичним фактором є також невизначеність і непередбачуваність майбутнього з неможливістю інвестувати в нього, необхідність адаптації в новому соціальному та культурному середовищі, розділення сім'ї та можливе розбалансування існуючих сімейних зв'язків, шлюбних і батьківських відносин в процесі акультурації та інтеграції до нового культурного середовища [11, с. 233-256].

У дослідженнях M. Porter, N. Haslam (2005); E. Montgomery (2011) наголошується на зв'язку психосоціальних стресорів та психічним здоров'ям біженців. В якості ключових стресорів автори виділяють соціальну ізоляцію та відчуження, правові проблеми, незадовільне оточення і проблеми з фізичним здоров'ям [22, с. 602-612]. В цілому, проблема адаптації вимушених переселенців у новому соціальному та культурному середовищі є однією з найбільш актуальних і складних. J. Miller (2009); K. Kohnert et al. (2009-2010); E.D. Pena et al. (2011) зауважують, що швидка інтеграція у новому мовному та культурному

середовищі є одним з провідних чинників успішної соціальної адаптації [15, с. 456-473; 16, с. 101-111; 18, с. 571-592; 21, с. 302-314]. С. Zwingman, (1973) описав феномен «ностальгічної фіксації», який полягає в тому, що частина вимушених переселенців концентруються на минулому, ідеалізують його і нехтують новою реальністю, на противагу адаптивній поведінці, яка передбачає визнання об'єктивно наявних труднощів, адекватну їх оцінку та прагнення подолати проблеми і інтегруватися до нового суспільства [24, с. 64-68].

Таким чином, сфера психічного здоров'я вимушено переміщених осіб тісно переплітається з глобальною сферою психічного здоров'я населення, що особливо актуально в країнах з низьким рівнем економічного розвитку та значною кількістю переміщених осіб. Основними проблемами, з якими стикаються вимушені переселенці, є стигматизація та зневажливе ставлення з боку місцевого населення, недостатнє соціальне забезпечення та обмежений доступ до психологічної та психіатричної допомоги; особливо критичною ці проблеми є для людей, які страждають на маніфестні форми психічних розладів. У біженців часто виявляються поєднані та коморбідні форми психічних розладів, що також ускладнює проблему, і вимагає розробки комплексних програм психологічної та психіатричної допомоги цій категорії осіб (A.C. Hollander et al., 2016; L. Jones et al., 2009) [13, с. 1030-1033; 14, с. 654- 661].

Наведені дані вказують на необхідність більш поглибленого дослідження особливостей психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в сучасних українських реаліях.

Список використаних джерел

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, вип. 1 (82). С. 5–11.
2. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, вип. 2 (83). С. 105.
3. Марков А. Р. Клінічна варіативність дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 98–105.
4. Марков А. Р. Клініко-феноменологічна структура дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни // *Science of Europe (Prague, Czech Republic)*. 2016. vol. 4, # 9 (9). P. 36–45.
5. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна: медико-психологічні наслідки та стратегії протидії // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2016. № 4 (24). С. 6–10.

6. Офіційний веб-портал Міністерства соціальної політики України <https://www.msp.gov.ua/news/17819.html>
7. Рекомендації міжнародної науково-практичної конференції «Внутрішньо переміщені особи в Україні: реалії та можливості» // Український соціум. 2015. №1 (52). С. 175-181.
8. Сірант М. М. Біженці та внутрішньо переміщені особи: співвідношення понять // Митна справа. 2015. № 2 (2). С. 154-159.
9. Тищенко Н. І., Піроцький Б. Ю. Внутрішньо переміщені особи в Україні як проблема сьогодення // Молодий вчений. 2014. № 10 (13). С. 124-126.
10. Berman H. Children and war: Current understandings and future directions // Public Health Nursing. 2001. Vol. 18(4). P. 243–252.
11. De Haene L., Grietens H., Verschueren H. From symptom to context: A review of the literature on refugee children's mental health. *Hellenic Journal of Psychology*. 2007. Vol. 4. P. 233-256.
12. Fazel M., Stein A. A School-Based Mental Health Intervention for Refugee Children: An Exploratory Study // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2009. Vol. 14(2). P. 297-309.
13. Hollander A- C., Dal H., Lewis G. et al. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non- affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden // *British Medical Journal*. 2016. Vol. 352. P. 1030-1033.
14. Jones L., Asare J. B., El Masri M. et al. Severe mental disorders in complex emergencies // *Lancet*. 2009. Vol. 374. P. 654- 661.
15. Kohnert K. Bilingual children with primary language impairment: Issues, evidence and implications for clinical actions // *Journal of Communication Disorders*. 2010. Vol. 43(6). P. 456–473.
16. Kohnert K., Windsor J., Ebert K. D. Primary or «specific» language impairment and children learning a second language // *Brain and Language*. 2009. Vol. 109(2–3). P. 101–111.
17. Lustig S., Kia-Keating M., Grant-Knight W., Geltman P., Ellis H., Birman, D. White paper from the National Child Traumatic Stress Network: Review of child and adolescent refugee mental health. – Boston: U.S. Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
18. Miller J. Teaching refugee learners with interrupted education in science: Vocabulary, literacy and pedagogy // *International Journal of Science Education*. 2009. Vol. 31(4). P. 571–592.
19. Papadopoulos R. K. Refugee families: Issues of systemic supervision // *Journal of Family Therapy*. 2001. Vol. 23, P. 405-422.
20. Papadopoulos R.K. *Therapeutic Care for Refugees: No Place like Home*. – London, Karnac, 2002.
21. Pena E. D., Gillam R. B., Bedore L. M., Bohman T. M. Risk for poor performance on a language screening measure for bilingual preschoolers and kindergarteners // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2011. Vol. 20(4). P. 302–314.
22. Porter M., Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. *JAMA // The Journal of the American Medical Association*. 2005. Vol. 294(5). P. 602–612.
23. Pumariega A., Rothe E., Pumariega J. Mental health of immigrants and refugees // *Community Mental Health Journal*. 2005. Vol. 41(5). P. 581–597.
24. Zwingman C. The nostalgic phenomenon and its exploration. In C. Zwingman & M. Pfister-Ammende (Eds.), *Uprooting and after*. – Berlin, Springer Verlag, 1973.

УДК: 616. 718. 19 – 001 – 07- 08 – 083. 98

Козопас Віктор

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького
Львів, Україна.*

ОЦІНКА ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПОШКОДЖЕННЯМ КІСТОК ТАЗА

Анотація: У статті проведено аналіз літературних даних та узагальнення помилок діагностики та лікування переломів кісток таза на догоспітальному етапі. Проаналізовано травми при ДТП (дорожньо-транспортних пригодах) у м. Львові та проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 143 історій хвороб хворих, які виписалися з лікарні і мали переломи кісток таза у 2017 році.

Kozopas Viktor

*PhD of Medical sciences, associated professor
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Lviv, Ukraine*

EVALUATION OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT MANAGEMENT OF PRE-HOSPITAL CARE TO PATIENTS WITH DAMAGES OF PELVIC BONES

Abstract: Analysis and summarization of literature data concerning errors in diagnostics and treatment of pelvic fractures at prehospital stage have been carried in the article. The analysis of road accidents in Lviv and clinical statistics have been done basing on 143 histories of patients' diseases who left the hospital after having pelvis fractures in 2017.

Вступ. Підвищення рівня травмонебезпечності довкілля, зростання питомої ваги високоенергетичних травм призвело до збільшення кількості тяжких механічних пошкоджень. За даними ВООЗ, травматизм посідає 3 місце серед причин загальної смертності населення, а в групі осіб менше 45 років стійко заняв першу позицію [1, 2]. Із числа причин тяжких множинних і поєднаних пошкоджень ведучими є травми в наслідок ДТП [3, 4]. Однією з особливостей ДТП на сучасному етапі є зростання їх кількості на автомагістралях за межами міст і в сільській місцевості. Такий контраст між контингентами постраждалих в умовах міста та автодоріг орієнтує на різний характер організаційно-профілактичних заходів. Процент летальних наслідків значно вищий у постраждалих на заміській автодорозі [5, 6]. До 80 % постраждалих у ДТП, із політравмою, перша

лікарська допомога надається на рівні центральних районних лікарень, де на сьогодні існує багато невирішених проблем в оснащенні необхідним медичним обладнанням та лікарськими засобами, а також в багатьох випадках не вистачає висококваліфікованих хірургів, анестезіологів, травматологів, нейрохірургів та ін. Все це призводить до значних діагностичних і лікувальних помилок, що складають від 20 до 40 % і підвищують летальність [7, 8, 9]. Крім того, спостерігається збільшення поєднаних та множинних травм, питома вага яких досягає 60-75 % [10, 11, 12]. Не дивлячись на те, що постраждалі з політравмою внаслідок ДТП складають 8,0-13,4 % всіх поступаючих на стаціонарне лікування, на них припадає до 70% летальних наслідків. При цьому 60 % із них гине у перші години, а біля 43 % – при транспортуванні у лікувальні заклади і в стаціонари [13, 14]. Пошкодження таза складають 5-8 % всіх травм системи опори та руху, а при політравмах їх частота коливається від 30 до 58 %. Пошкодження тазових органів зустрічається у 30% пацієнтів зі стабільними травмами таза і у 60% з нестабільними. (Битчук Д.Д., Истомин А.Г., Гасанов Н.Г., 2004). Переважна більшість постраждалих гине на етапі гострого періоду. Від якості і своєчасності надання екстреної допомоги залежить загальний рівень летальності. (Оксимец В.М., Островерхов О.А., 2003; Шевченко В.С., 2003). При проведенні аналітичного огляду спеціальної літератури встановлено, що невідкладна медична допомога, що надається на догоспітальному етапі і нерідко є визначальною для долі постраждалого, не завжди адекватна та ефективна. Тому визначення рівня якості невідкладної допомоги постраждалим з шокогенною травмою на догоспітальному етапі та визначення шляхів оптимізації процесу є важливим медіко-соціальним завданням сьогодення.

Метою роботи є поліпшення надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною травмою таза. Для досягнення поставленої мети: проведено аналіз характеру політравм і вивчено характер помилок у діагностиці і тактиці надання допомоги постраждалим.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз ДТП у м. Львові з 2015-2018 роки які обслуговували БрШМД. Проаналізовано супровідну документацію служби швидкої медичної допомоги та медичні карти стаціонарного хворого, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД) і мали переломи кісток таза у 2017 році. Було проведено ретроспективну оцінку даних щодо рівня ефективності та

адекватності надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі медичної допомоги хворим з пошкодженням кісток таза.

Результати та обговорення.

Ми проаналізували помилки як суб'єктивного, так і об'єктивного характеру, які найбільше зістрічались при поєднаній травмі кісток таза на догоспітальному етапі. По матеріалах нашого дослідження встановлено, що кількість постраждалих які отримали множинні та поєднані травми при ДТП сягають досить значний відсоток травмованих, що подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Кількість постраждалих при ДТП

№ п/п	Показники	2015 рік		2016 рік		2017 рік		2018 рік	
		Абс. чис	%	Абс. чис	%	Абс. чис	%	Абс. чис	%
1.	ДТП-випадки	916	7.0	1084	6,3	1064	6,4	984	1,4
2.	ДТП-особи	1083	0,7*	1344	1,4*	1355	1*	1276	1,1*

**-від всіх обслугованих*

Як бачим з таблиці 1 кількість ДТП випадків та постраждалих осіб є досить високі, найбільша кількість постраждалих відмічено 2017 році. Виявлена неоднакова кількість госпіталізованих постраждалих, які отримали травму внаслідок ДТП у різні пори й місяці року, що підтверджують дані І.З. Яковцева, С.В. Ринденка та ін. (2007). Переважна більшість постраждалих зростає весною і на початку осені. Відзначаються два підйоми (піки): перший – починаючи з другої половини березня, досягає вершини у квітні, потім поволі знижується до липня, другий підйом відбувається в кінці літа – на початку осені (серпень-вересень). Значно менше постраждалих у січні, лютому, а також у листопаді та грудні. Найвища аварійність спостерігалась у п'ятницю, суботу та неділю. Переважна більшість автопригод відбувалась в другій половині дня, при цьому 50 % з них у період з сімнадцятої до двадцять третьої години. На постраждалих під час ДТП одночасно діють кілька сил і від їх локалізованого чи поєднаного впливу виникають типові ізольовані та поєднані ушкодження. Розвиток автомобілебудування, зміна каркасів машин (переважання джипів і кросоверів) при постійному зростанні швидкості змінили механізм автотранспортної травми. Найсильніший удар пішоходи отримували в ділянці таза та верхньої третини стегна, що зумовлює зменшення кількості ізольованих «бамперних переломів» і підвищує частоту поєднаних травм, політравм, значно ускладнювало діагностику та лікування.

В зв'язку з даними показниками нами проведено аналіз історій хвороб хворих, які лікувались у КМКЛ ШМД і мали переломи кісток таза у 2017 році. Клінічні дослідження проводились на базі двох травматологічних відділень. Нами проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз 143 історій хвороб хворих, які виписалися з лікарні і мали переломи кісток таза. Більшість хворих з поєднаною травмою та переломами кісток таза складали чоловіки – 89(62,2 %); жінок – 54 (37,8 %).

Як свідчать результати наших досліджень, найбільшу кількість складають постраждалі віком від 18 до 60 років. Жителів міста – 96 (67,2 %), села – 47 (32,8 %) осіб. Отримали травму у стані алкогольного сп'яніння 14 (9,8 %) чоловіків і 4 (2,8 %) жінок. По виду травми – в основному носила побутовий характер – 133 (93 %), на виробництві – 7 (5%), на шляху до роботи – 3 (2 %) випадках. Основними причинами тяжких множинних та поєднаних пошкоджень кісток таза є травми внаслідок ДТП – 90 випадків, що становило 62,9 % від усіх травм, з них: автонаїзд на пішохода – 64 (44,7 %), водії – 13 (9,1 %), пасажирів – 9 (6,3 %), мотоциклетна – 3 (2,1 %), велосипедна – 1 (0,7 %), кататравми – 36 випадків, що складає 25,2 %, та залізнична травма 1 (0,7 %), стиснення – 11 (7,7 %), та спричиненні дією тупих предметів – 5(3,5 %).

Якість та повноту діагностики ушкоджень на догоспітальному етапі оцінювали шляхом порівняльного аналізу діагнозів, що поставлені лікарем швидкої медичної допомоги й лікарем-травматологом стаціонару. Базовим документами були супровідний листок бригад ШМД (форма №114/0 затверджених наказом МОЗ №999 від 17.11.2010) на госпіталізованих до лікарні й медичні карти стаціонарних хворих. При цьому звертали увагу на розбіжність діагнозів, констатувалися випадки як гіподіагностики (коли не були розпізнані певні види ушкоджень). Виявлено, що з 143 хворих, які мали переломи кісток таза БрШМД лише у 19 (13,5±2,8 %) випадках чітко встановлено діагноз – перелом кісток таза, під питанням 6 (4,2±1,7 %), у всіх інших скеруваннях зроблено акцент на переломи кінцівок, ЧМТ, забої і при тому, що у постраждалих клінічно (в подальшому при аналізі в стаціонарі) відмічалась нестабільність, патологічна рухомість, у хворих були скарги на болі в ділянці таза. У 43 (30,1±3,8 %) постраждалих при переломах вертлюгової западини виставлялись діагнози переломи шийки стегна. Слабким моментом у роботі бригад швидкої допомоги була недооцінка тяжкості стану постраждалого на місці події й пов'язаний із цим неадекватний обсяг медичної допомоги. На місці події наявні істотні об'єктивні труднощі в діагностиці локалізації й характеру важких

ушкоджень. Відповідно і інфузійна протишокова терапія проводилась не в повному об'ємі, обмежувалась введенням ізотонічного розчину разом з ненаркотичними анальгетиками (анальгін, дімедрол), інколи дексаметазон, фуросемід або L-лізин при ЗЧМТ. Введення наркотичних препаратів було застосовано у 9 ($6,3 \pm 2,0\%$) випадках. Жодному постраждалому який поступив у стаціонар не було проведено іммобілізацію (тазовим поясом, та навіть підручними засобами, простирадлом, тощо). Хворі поступали на щиті або на каталці, в одиничних випадках в положенні по Волковичу. Іммобілізація, як правило, проводилась з приводу переломів верхніх та нижніх кінцівок – шинами Крамера, Дітерікса або підручними засобами. Одним із важливих факторів, що впливає на кінцевий результат постраждалих, є термін і якість першої допомоги та першої медичної допомоги. В умовах ДТП перша медична та перша лікарська допомога надавалась зі значним запізненням у 40% випадків. Основною причиною такого запізнення були несвоєчасний виклик бригад ШМД, віддаленість місця ДТП від станції швидкої медичної допомоги або лікарні ШМД, незадовільний стан доріг, освітлення, нумерація будинків, технічного стану автомобілів швидкої допомоги, культури поведінки водіїв на дорогах, погодних умов тощо. Проаналізовані терміни доставки постраждалих не є задовільними. Час госпіталізації хворих з місця події в стаціонар із-за меж міста становив в середньому 60 хв.; в межах міста 30 хв.; і найбільша частина часу витрачався на доставку хворого із сільської місцевості $\approx 1,5-2$ години. Оптимальним часом надходження до лікувального закладу в усьому світі вважається перша година після травми (так звана «золота година»). Надання першої медичної допомоги в порядку само- і взаємодопомоги учасниками вуличного руху, працівниками ДАІ до прибуття бригад ШМД у картах виїзду відзначено лише у поодиноких випадках. Аналіз даних, які характеризують обсяг надання медичної допомоги постраждалим у гострому періоді, свідчить про наявність значної кількості помилок при діагностиці тяжких травм на догоспітальному етапі, що тільки у 33,5 % спостережень він був достатнім і відповідав сучасному рівню надання допомоги.

Основою лікування при переломах кісток таза на догоспітальному етапі, є адекватне знеболення, іммобілізація та невідкладна інтенсивна терапія. Переломи трубчастих та губчастих кісток, а також ушкоджень внутрішніх органів, апріорі дозволяє стверджувати, що звичайна в таких випадках крововтрата, яка призводить до гіповолемії, вимагає обов'язкової інфузійної терапії, усім постраждалим. Проведення інфузійної терапії

повинно проводитись у процесі транспортування шляхом струминного вливання кристалоїдних та колоїдних інфузійних розчинів [16].

Провідними методами анальгезії є введення наркотичних анальгетиків, а також новокаїнові блокади місць переломів. «Згладженість» клінічної картини ушкоджень внутрішніх органів після введення наркотичних анальгетиків обумовлена їх адекватною протишоковою дією і не створює додаткових труднощів у діагностиці для лікарів спеціалізованих відділень. Імобілізація є одним із провідних елементів знеболювання і повинна проводитися з використанням стандартних або підручних засобів. Повноцінна імобілізація пошкоджених сегментів і постраждалого є важливим етапом протишовкового комплексу. Крім того, вона запобігає можливості подальшої травматизації та вторинного зміщення відламків, поглиблення больового синдрому, ймовірності пошкодження нервових стовбурів та магістральних судин, зменшує можливість виникнення жирової емболії. У комплексі лікувальних заходів догоспітального етапу на протязі останніх двох десятиліть використовують стабілізуючу укладку таза, апарат для стягування та фіксації половин таза, надувну транспортно-лікувальну шину для таза та нижніх кінцівок, імпровізований тазовий пояс для екстрених випадків. Раціональною є розробка ДНДІТО та кафедрою травматології і ортопедії ДонДМУ транспортно-лікувальної шини для постраждалих з пошкодженнями таза та нижніх кінцівок яка сприяє не тільки зменшенню больового синдрому і ефективності реанімаційних заходів в цілому, а також зменшує терміни стабілізації показників гемодинаміки [3, 15]. Достатньо раціональним та патогенетично обґрунтованим заходом, на думку В.В. Колеснікова, М.С. Онищенко, О.Ф. Душкіна (2002), у практиці лікування постраждалих з нестабільними пошкодженнями таза і інтенсивною крововтратою є включення у комплекс протишовкових заходів догоспітальної медичної допомоги протишовкового костюма (ПШК) «Каштан». Отже, послідовне дотримання наведеного алгоритму надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі забезпечить її якість і своєчасність, що дасть можливість суттєво покращити основні показники лікування постраждалих.

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, варто відзначити, що низький рівень догоспітальної діагностики лікарями швидкої медичної допомоги поряд із суб'єктивними має об'єктивні причини. Серед об'єктивних причин, які лежать в основі діагностичних помилок на догоспітальному етапі, у першу чергу необхідно відмітити

складність і неможливість повного обстеження постраждалих, які знаходяться у тяжкому стані, з порушенням свідомості і тяжким шоком. Крім цього, важливим чинником є дефіцит часу спостереження, обмеженість арсеналу методів діагностики і в деяких випадках – недостатня кваліфікація лікарів, які надають догоспітальну медичну допомогу.

Висновки

1. Підвищення рівня травмонебезпечності довкілля, зростання питомої ваги високоенергетичних травм призвело до збільшення кількості тяжких пошкоджень, насамперед переломів кісток таза, яка значно обтяжує стан постраждалого, особливо у випадках нестабільних переломів.

2. На основі ретроспективного дослідження постраждалих з тяжкою поєднаною травмою та переломами кісток таза встановлено, що причиною травматичних уражень було найбільше ДТП (90 випадків).

3. Основними принципами надання догоспітальної допомоги повино бути: своєчасність – час доставки постраждалого в травматологічний центр в межах 15-20 хвилин, приємливість догоспітального та госпітального етапів, комплексність – респіраторна підтримка, інфузійно-трансфузійна терапія, знеболення, іммобілізація.

4. Проблема дорожньо-транспортного травматизму і боротьба з його тяжкими соціальними наслідками на сучасному етапі є одним із головних питань державної політики і потребує комплексного міжвідомчого підходу із залученням усіх систем та організацій.

Список використаних джерел

1. Анкин Л.Н. Анкин Н.Л. Травматология. Европейские стандарты. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
2. Европейские факты и доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2013 / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро URL: http://www.euro.who.int/ru/health_topics/disease_prevention/violence_and_injuries/publications/2013/european_facts_and_global_status_report_on_road_safety_2013.
3. Актуальные проблемы организации помощи пострадавшим при дорожно-транспортной множественной травме / В.Н. Пастернак, В.Ю. Худобин, В.В. Пастернак [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. 2002. № 3. С. 82-87.
4. Дроздов М.М. Неотложная и строчная помощь при тяжелых травмах таза. Гомель: ИММС-НАНБ, 2003. 293 с.
5. Кудиевский А.В. Множественные и сочетанные повреждения при ДТП на трассе // Сб. научных трудов XIII съезда ортопедов-травматологов Украины. Донецк, 2001. С. 42-44.

6. Мазуренко О.В. Загальні принципи надання невідкладної медичної допомоги травмованим на догоспітальному етапі // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаяєва. 2003. Т.4, № 3. С. 24-28.
7. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С. Медико-соціальні аспекти травматизму в Україні і в світі та сучасні стратегії боротьби з ним // Науковий вісник національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. 2007. № 2. С. 39-47.
8. Неотложная медицинская помощь / А.Е. Зайцев, В.В. Кийко, Т.Д. Тацкешева [и др.]. Харків: Основа, 2001. С. 5-21.
9. Політравма — сучасна концепція надання медичної допомоги / О.О. Шалімов, В.Я. Білий, Г.В. Гайко [та ін.]. // I Всеукр. науково-практ. конф.: зб. тез. Київ, 2002. С. 5-8.
10. Лечебный комплекс острого периода травматической болезни пострадавшим с множественной и сочетанной травмой таза / В.Н. Пастернак, А.И. Кандзюба, В.Ю. Худобин [и др.] // Зб. наукових праць УВМА. 2002. Вип. 11. С. 523-533.
11. Лобанов Г.В. Выбор тактики лечения пострадавших с переломами костей таза в остром периоде политравмы / Г.В. Лобанов, В.М. Оксонец, О.А. Островерхов [и др.] // Травма. 2003. Т.4, № 2. С. 206-210.
12. Состояние оказания помощи пострадавшим с политравмой (проблемные вопросы и перспективы развития) / Н.И. Хвисюк, В.Г. Рынденко, А.Е. Зайцев, В.В. Бойко // Сб. науч. тр. XIII съезда ортопедов-травматологов Украины. Донецк, 2001. С. 12-14.
13. Ошибки и недостатки при оказании первой медицинской помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе / А.И. Чемирис, Ю.М. Нерянов, А.В. Кудиевский [и др.] // Травма. 2003. Т.4, № 5. С. 587-590.
14. Современные концепции оказания медицинской помощи шахтерам с тяжелой травмой на догоспитальном этапе / А.Н. Орда, Б.А. Грядущий, С.Н. Смоланов [и др.] // XIII з'їзд ортопедів-травматологів України / Зб. наук. праць. Київ;Донецьк: Тов. "Лебідь", 2001. С. 10-12.
15. Пастернак В.Н. Нестабильные повреждения таза – помощь на этапе острого периода травмы с позиций медицины экстремальных состояний / В.Н. Пастернак, В.А. Бабоша, Г.В. Лобанов [и др.] // Український журнал екстремальної медицини імені Г. О. Можаяєва. 2004. Т.5, № 4. С. 59-63.
16. Martynova A.I. Intensive therapy. М.: GEOTAR Medicine. 1999. 640 p.

УДК: 616.36-001.-08.

Жуковський Володимир, канд. мед. наук, доцент

Чаплик Віктор, канд. мед. наук, доцент

Гуменюк Василь, канд. пед. наук, асистент

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

Львівська міська клінічна лікарня №8

Львів, Україна

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ

Резюме. У статті наведені результати лікування 123 потерпілих з травматичним пошкодженням печінки з яких у 76 (61,8%) – діагностовано ізольоване пошкодження печінки; у 47 (38,2 %) – множинні пошкодження органів черевної порожнини. Об'єм оперативного втручання був обумовлений тяжкістю пошкодження

печінки за OIS. Операційні втручання за технологією «damage control» проведено 7 потерпілим, 3 – проведено атипову резекцію печінки. Реінфузія крові проведена 71 травмованому. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 13 пацієнтів. Померло 14 потерпілих.

Ключові слова: пошкодження печінки, діагностика, лікування, ускладнення.

Zhukovsky Volodymyr, PhD (Medicine), associated professor
Chaplyk Viktor, PhD (Medicine), associated professor
Humeniuk Vasyl, PhD (Pedagogics), assistant professor
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Lviv Municipal Hospital №8
Lviv, Ukraine

SELECTION OF TREATMENT METHOD AT LIVER DAMAGES

Abstract. In the article are presented results of treatment of 123 victims with traumatic liver damages from which isolated liver damage were diagnosed in 76 (61.8 %) and multiple damages of the abdominal cavity in 47 (38.2 %) cases. The amount of surgery was according to the severity of liver injury by OIS. Surgical operations using «Damage control» technology were performed in 7 cases, for 3 victims – atypical liver resection was done. Reinfusion of blood was carried out for 71 injured person. Postoperative complications developed in 13 patients. 14 victims died.

Key words: liver damage, diagnosis, treatment, complications.

Вступ. Травма органів черевної порожнини залишається однією зі складних та актуальних проблем хірургії. Травматичні пошкодження печінки при абдомінальній травмі посідають друге місце після травми селезінки [1, 2, 17]. Частота пошкоджень печінки при проникаючих пораненнях та закритих травмах живота складає 12-47 % [1, 3, 14]. Летальність при закритій травмі печінки сягає 50%, вогнепальних пораненнях – 46,1 %, колото-різаних – 10,5 % [3, 6, 12]. Слід врахувати, що велика кількість потерпілих гине на місці травми або під час транспортування. Основною причиною летальних наслідків при травмі печінки є масивна внутрішньочеревна кровотеча, тому своєчасності оперативного втручання та вибору адекватного методу гемостазу приділяють особливе значення. При цьому хірург повинен звести до мінімуму небезпеку розвитку тяжких внутрішньочеревних ускладнень, частота яких може сягати 17-33 % [4, 11]. Метою роботи було покращення результатів лікування травмованих з пошкодженням печінки методом диференційованого підходу до вибору об'єму оперативного втручання та методу гемостазу.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 123 потерпілих з травматичним пошкодженням печінки, які перебували на

стаціонарному лікуванні у Львівській міській клінічній лікарні № 8. З них 96 пацієнтів (78,1 %) склали чоловіки, 27 пацієнтів (21,9 %) – жінки. Середній вік потерпілих складав 39 років (68,9 %). Розрив печінки внаслідок закритої травми черевної порожнини діагностовано у 78 пацієнтів (63,4 %), поранення – 45 (36,6 %) пацієнтів (колодот-різані – 42, вогнепальні - 3). При розривах печінки поєднана травма мала місце у 87 (70,7 %) постраждалих, при цьому переважно під час автодорожніх пригод – 52 (59,8 %) чи падіннях з висоти – 15 (17,2 %).

Тяжкість стану потерпілих був обумовлений як характером пошкодження печінки та інших органів, так і величиною крововтрати. У 19 осіб (15,4 %) були ознаки шоку I ступеня, у 76 (61,8 %) – II ступеня і у 28 (22,8 %) – III ступеня.

Пацієнти із нестабільною гемодинамікою відразу після надходження у лікарню скеровувалися в операційну, де їм катетеризували магістральну вену і проводили протишокову терапію. Паралельно виконували клінічні обстеження, катетеризацію сечового міхура, рентгенографію голови, грудей, тазу, пункцію плевральної порожнини і лапароцентез. Пацієнтам із стабільною гемодинамікою проводили всебічне обстеження для повної діагностики всіх пошкоджень.

Діагностика відкритих пошкоджень печінки базувалася на локалізації рани в зоні проекції органу, клінічній картині кровотечі з відповідними змінами параметрів гемодинаміки та лабораторних показників. При наявності проникаючих ран нижніх відділів грудної клітки, з метою виключення торако-абдомінального поранення, обстеження доповнювали лапароцентезом. При закритій травмі на пошкодження печінки вказували – аналіз обставин травми, скарги потерпілого, наявність клінічної картини внутрішньочеревної кровотечі, дані зовнішнього огляду та інструментальних методів обстеження. Клінічні ознаки травми печінки залежали від характеру та ступеня пошкодження паренхіми, її судин та жовчних проток. Для визначення хірургічної тактики при травматичних пошкодженнях печінки використовуємо міжнародну шкалу пошкоджень органів – Organ Injury Scale (OIS), запропоновану Американською Асоціацією хірургів травми – AAST [16]. Згідно цієї шкали пошкоджень печінки виділяють наступні ступені тяжкості пошкоджень: I ст. – підкапсульна гематома <10 % поверхні, розрив капсули, паренхіми глибиною <1 см.; II ст. – підкапсульна гематома 10-50 % поверхні, внутрішньопечінкова гематома <10 см. в діаметрі, розрив паренхіми глибиною 1-3 см., довжиною <10 см.; III ст. - підкапсульна гематома >50 %

поверхні, внутрішньопечінкова гематома > 10 см., розрив паренхіми глибиною >3 см.; IV ст. – розрив паренхіми охоплює 25-75% долі печінки або 1-3 сегментів в окремій долі; V ст. – розрив паренхіми більше 75 % долі печінки або більше 3 сегментів в окремій долі, пошкодження позапечінкових вен, центральних, великих печінкових вен, відрив печінки.

Результати та обговорення.

Оптимальним доступом при пошкодженнях печінки вважаємо серединну лапаротомію. Маніпуляції на 7-8 сегментах печінки ставали можливими після пересічення зв'язкового апарату печінки з наступною тракцією органа за культю круглої зв'язки. При неможливості проведення маніпуляцій проводили додатковий розтин тканин у 8-му міжребер'ї з діафрагмомією, яку потім ушивали. Трансдіафрагмальна лапаротомія проведена у 6 травмованих.

Під час оперативних втручань у 76 (61,8 %) хворих діагностовано ізольоване пошкодження печінки; у 47 (38,2 %) множинні пошкодження органів черевної порожнини. Пошкодженням печінки були в поєднанні з розривами: селезінки – 9 (19,1 %), кишки – 7 (14,9 %), брижі кишки – 8 (17,02 %), діафрагми – 3 (6,4 %), сечового міхура – 2 (4,3 %). Ушкодження трьох і більше органів черевної порожнини діагностовано у 18 (38,3 %) випадках.

По ступені тяжкості пошкодження печінки травмовані розподілилися наступним чином: I ст. – 12 (9,7%) потерпілих, II ст. – 56 (45,6%), III ст. – 38 (30,9%), IV ст. – 12 (9,7%), V ст. – 5 (4,1%).

Ушкодження правої частки печінки було констатовано в 86 (69,9%) випадках, лівої частки – в 24 (19,5%), в 13 (10,6 %) випадках виявлено ушкодження обох часток. Частіше травмувалися III, IV, V і VI сегменти.

Об'єм оперативного втручання був обумовлений тяжкістю пошкодження печінки. При закритій травмі печінки I-II ступеня тяжкості, так і при ножових пошкодженнях печінки основним хірургічним втручанням було ушивання розриву або рани печінки. Такий же об'єм оперативного лікування проведений у 35 із 38 потерпілих з травмою печінки III ступеня тяжкості, при цьому у 8 із них – в поєднанні з тампонадою рани сальником на судинній ніжці. Також з ціллю гемостазу використовували гемостатичні пластинки «Тахокомб» та гемостатичну губку.

При вогнепальних пораненнях у 3 (2,4 %) потерпілих висікали нежиттєздатні тканини, видаляли сторонні тіла з подальшим ушиванням рани. У 11 хворих з глибокими розривами печінки неправильної форми і

триваючою інтенсивною кровотечею, досягнувши тимчасового гемостазу перетисненням гепатодуоденальної зв'язки (у 8) або накладанням турнікету(у 3), прошивали пошкоджені судини безпосередньо в рані. Потім проводили хірургічну обробку ран печінки, видаляли детрит. В умовах «сухої» рани перевіряли цілість внутрішньопечінкових жовчних проток.

Об'єм внутрішньочеревної кровотечі до 500 мл мав місце у 22 (17,8 %) травмованих, — до 1000 мл у 28 (22,8 %), понад 1000 мл у 73 (59,4 %). Реінфузію крові проведено 71 (57,7 %) травмованому, решті пацієнтам реінфузії не виконували через ушкодження порожнистих органів, наявність гемолізу або масивних згортків крові.

Зупинити кровотечу з розчавленої рани печінки прошиванням судин безпосередньо в рані вдається не завжди, особливо при травмі 7-8-го сегментів, коли можлива ще і ретроградна кровотеча з системи нижньої порожнистої вени; перетиснення гепатодуоденальної зв'язки в такій ситуації не ефективно. Резекція печінки у знекровленого постраждалого може стати смертельним для нього втручанням, тим більш в неспеціалізованому відділенні. В зв'язку з цим доцільним є проведення гемостазу тампонадою рани марлевими серветками, що дозволяє стабілізувати гемодинаміку і закінчити операцію в максимально короткі терміни - операційні втручання за технологією «damage control» [10, 11]. З допомогою даного методу нам вдалося зупинити кровотечу у 7 потерпілих з закритою травмою печінки III-IV ступеня тяжкості. Тампони видаляли на 2-3 добу, після стабілізації стану пацієнта при релапаротомії. Проводили контроль гемостазу, видалення секвестрів, дренування ран печінки.

При закритій травмі печінки III-IV ступеня тяжкості 3 потерпілим проведена атипова резекція з прикриттям ранової поверхні клаптем великого чепця: 2 (1,8 %) пацієнтам виконано резекцію правої частки печінки і в 1 (0,9 %) — лівої; результат добрий. У одного хворого ушита v.portae, у 4 (3,2 %) пацієнтів видалено пошкоджений жовчевий міхур, жовчевивідні протоки дреновані у 6 (4,9 %) потерпілих з метою профілактики жовчного перитоніту.

Для профілактики гіпоксії печінки в ранньому післяопераційному періоді особливу увагу приділяли корекції метаболічного ацидозу, своєчасному відновленню гемодинаміки, адекватній терапії крововтрати з корекцією реології крові, призначенню антигіпоксантив.

Післяопераційні ускладнення розвинулись у 13 пацієнтів. Найбільш частим ускладненням був перитоніт обумовлений тяжкою травмою печінки та некрозом тканин в ділянці рани після її ушивання «ad massam».

Специфічними для травми печінки ускладненнями також були: посттравматичний гепатит (в 2), піддіафрагмальний (в 2) і підпечінковий абсцес (в 1), абсцес печінки (в 2), жовчна нориця (в 2).

Хворим з піддіафрагмальними абсцесами та абсцесами печінки, під контролем ультразвуку проводили пункцію та дренивання гнійників. Санацію здійснювали шляхом промивання порожнини 0,5% розчином діоксидину, декасаном, розчинами антибіотиків в залежності від виділеної мікрофлори і її чутливості. Контрольні УЗД виконували на наступний день після пункції та дренивання, а далі за потребою. Хворий з підпечінковим абсцесом був повторно оперований, розкрито та дреновано абсцес.

Із-за вкрай тяжкого стану не оперовано 8 чоловік. Померло 14 (11,4 %) потерпілих. Післяопераційна летальність обумовлена поєднаним характером пошкоджень, масивною зовнішньою і внутрішньою кровотечею, шоком і гострою дихальною недостатністю.

Висновки. Об'єм оперативного втручання при травмі печінки повинен бути строго диференційованим відповідно тяжкості пошкодження органу, показників гемодинаміки, інтенсивності кровотечі і направленим, перш за все, на забезпечення гемостазу з мінімальним для постраждалого життєвим ризиком.

Список використаних джерел

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Лечение травматических повреждений печени // *Анн. хир. гепатол.* 2001. № 1. С. 36-39.
2. Бойко В.Б., Криворучко И.А., Удербает Н.Н. та ін. Современные методы хирургической коррекции массивных повреждений печени // *Харківська хірургічна школа.* 2004. №3(12). С.89-91.
3. Гарев Р.Н., Нгуен Х.К. Травматические повреждения печени и желчевыводящих путей // *Медицинский вестник Башкортостана*, 2013. Т. 8. № 1. С. 118-122.
4. Гешелин С.А. Принципы гемостаза во время операций по поводу травм печени// *Анн. хир. Гепатол.* 1998. №3. С. 208-211.
5. Десятерик В.И., Михно С.П., Полищук Л.Н. и др. Диагностика и хирургическая тактика при травмах печени // *Анналы хирургической гепатологии.* 2003. №2. С. 139.
6. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Владимиров Е.С. и др. Тяжелая травма печени: 25-летний опыт хирургического лечения // *Анн хир. гепатол.* 2007. № 3. С. 255.
7. Капиштарь А.А. Хирургическая тактика при закрытой травме печени // *Клінічна хірургія.* 2009. № 5. С. 17-19
8. Новіков Ф.М., Ткаченко О.А., Воробей О.В. та ін. Множинні та поєднані ушкодження печінки при абдоміно-скелетній травмі // *Хірургія України.*- 2007.- № 3.- С. 42-45
9. Сличко І.Й., Доманський Б.В., Йосипенко І.О. Деякі питання лікувальної тактики при травматичних пошкодженнях печінки. // *Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можжева.* 2003. №2. С. 58-60.
10. Урман М.Г., Субботин А.В. Хирургическая тактика при травме печени и развившихся внутрибрюшных осложнениях // *Вестник хирургии.* 2009. Т. 168, № 3.

C. 72-75.

11. Caruso D.M., Battistella F.D., Owings J.T. et al. Perihepatic packing of major liver injuries//Arch. Surg. 1999. Vol. 134. P. 958-963.

12. Feliciano DV., Rozycki GS. Hepatic trauma // Scandinavian J. Surgery. 2002. Vol. 91. P. 72-79.

13. Garrison J.R., Richardson J.D., Hilakos A.S. et al. Predicting the need to pack early for severe intra-abdominal hemorrhage// J. Trauma. 1996. Vol.40. P. 923-920.

14. Lawrence D Dawson J.L. The secondary management of complicated liver injuries // Ann Roy. Coll Sum Enol. 1982. Vol. 64. №5. P. 186-190.

15. Mohr A.M., Lavery R.F, BaroneA. Et al. Angiographic embolization for liver injuries: low mortality, high morbidity // J. Trauma. 2003. Vol. 55, №6. P. 1077-1081.

16. Moore E.E., Cogbill T.H., Malangoni M.A., et al. Organ injury scaling // Surg. Clinics of North America. 1995. Vol.75. P. 293-303.

17. Richardson J.D., Franklin G.A., Lukan J.K. et al. Evolution in the management of hepatic trauma: a 25-year perspective // Ann. Surg. 2000. Vol. 232. № 3. P. 324-330.

УДК 616.61-007.2-08:617-089

Чаплик Віктор,

канд.мед.наук, доцент, завідувач кафедри

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Львів, Україна

НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРОМУ ПОШКОДЖЕННІ НИРОК

Анотація. Проведено спостереження на 36-ти хворих з гострим пошкодженням нирок (ГПН) в стадіях Riefler-R та Riefler-I. Вивчено динаміку загальноклінічних і біохімічних показників та наведені основні принципи лікування хворих. Показано, що гіперкаліємія у хворих з ГПН переважно протікає безсимптомно, тому для її виявлення необхідний динамічний контроль рівня калію в плазмі крові та постійний електрокардіографічний моніторинг. Наведено схему стимуляції діурезу при олігурії. Показано, що своєчасно проведена санація некротизованих тканин, призначення ранньої протимікробної та нефропротекторної терапії покращує прогноз захворювання.

Ключові слова: гостре пошкодження нирок, олігурія, гіперкаліємія, електрокардіографія.

Chaplyk Viktor,

PhD (Medical sciences), Associated Professor, Head of the department

Department of catastrophe medicine and military medicine

Danylo Halytsky Lviv national medical university

Lviv, Ukraine

URGENT MEDICAL CARE IN ACUTE KIDNEY INJURY

Abstract. There were 36 patients with acute kidney injury (AKI) at the stages of Riefler-R and Riefler-I under observation. The general clinical and biochemical indicators were studied in dynamics and the basic principles of treatment were shown. It was found that the cause of

hyperpotassiumemia in patients with AKI didn't show any symptoms, so the dynamic control of potassium level in blood plasma as well as regular electrocardiographic monitoring are required to its manifestation. The diagram of diuresis stimulation in case of oliguria was shown. It has been proved that timely conducted readjustment of necrotic tissues, prescription of the early antimicrobial and nephroprotective therapy improve the prognosis of the disease.

Key words: acute kidney injury, oliguria, hyperpotassiumemia, electrocardiography.

Вступ. Термін “гостре пошкодження нирок” (acute kidney injury) (ГПН), який замінив раніше вживане поняття “гостра ниркова недостатність”, був запропонований в 2004 році з метою стандартизації досліджень і практичної допомоги хворим із порушенням функції нирок [7]. ГПН стає все більш поширеною патологією у світі і характеризується раптовим ураженням основних функцій нирок, що приводить до розвитку уремії та порушення гомеостазу [1]. Так, частота розвитку ГПН після операцій на серці в умовах штучного кровообігу становить близько 25 % [3], а кількість таких операцій постійно збільшується. Розлади функцій нирок призводять до вторинних важких екстрауренальних змін із порушенням функції життєво важливих органів – головного мозку, серця, легень тощо, які можуть стати безпосередньою причиною смерті хворого. ГПН є тільки симптомокомплексом, а не самостійною нозологічною одиницею, і тому дуже важливо ідентифікувати причину її виникнення, яка має бути відображена в клінічному діагнозі. Летальність у хворих з ГПН складає 40-50 % і за останні десятиліття, незважаючи на застосування екстракорпоральних методів очистки крові, не має тенденції до зниження [2, 5, 6, 8]. Кращим «лікуванням» гострого пошкодження нирок є його профілактика [4].

Мета дослідження – висвітлити тактику невідкладної медичної допомоги у хворих з ГПН в стадіях Riefler-R та Riefler-I, акцентувати увагу на загрозливих для життя метаболічних та лабораторних показниках і методах їх корекції.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 36-ти хворих з ГПН в стадіях Riefler-R та Riefler-I. У хворих вивчали динаміку загальноклінічних (артеріального тиску, частоти пульсу, температури тіла, добового діурезу) та біохімічних показників (концентрації сечовини, креатиніну, білірубину, глюкози, загального білка, концентрації іонів натрію, калію, кальцію, фосфатів та хлоридів плазми крові). Використано методи: лабораторний, порівняльно-аналітичний та статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Невідкладна медична допомога хворим з ГПН залежала від причини, стадії основного

захворювання та наявності супутньої патології і ускладнень. Як правило, хворих з ГПН госпіталізовували в реанімаційне відділення або відділення відділення інтенсивної терапії. З моменту встановлення діагнозу ГПН пацієнтові проводили такі основні дії: усували причину розвитку ГПН; призначали вуглеводну безсолеву дієту і спеціальні харчові продукти; проводили пробу на відновлення діурезу; застосовували інтенсивну та симптоматичну терапію; визначали покази для проведення гемодіалізу. Дієтотерапія, яка виключала білкові продукти, була енергетичною цінністю не менше 1700-2000 ккал на добу. При неможливості ентерального харчування назначали внутрішньовенно гіпертонічні розчини глюкози, трансфузію свіжозамороженої плазми, розчини альбуміну, амінокислот і т.п. Як тільки з'являвся пасаж по шлунково-кишковому тракту – починали ентеральне харчування.

Основним принципом лікування ГПН було усунення причини захворювання. Перш ніж встановити діагноз ГПН хворим проводили повне клінічне обстеження з метою виключення іншої подібної патології та виявлення супутніх захворювань. Діагностика ГПН базувалась даних клінічного спостереження, динаміки діурезу, лабораторних та інструментальних методів обстеження. Сприяли уточненню діагнозу коагуляційні тести.

У 22-х хворих з порушенням гемодинаміки проводилась протишокова терапія, у 6-ти хворих з отруєннями – дезінтоксикаційна терапія, у 5-ти хворих з масивним внутрішньосудинним гемолізом – гемотрансфузійна терапія з екстракорпоральними методами очистки крові, у 3-х хворих з сепсисом – антибіотики, санація вогнищ інфекції в поєднанні з притишковими заходами.

У хворих з ГПН І-ї стадії тяжкості (стадія Riefler-R) невідкладна медична допомога була направлена на боротьбу з шоком, ліквідацію гіповолемії та стимуляцію діурезу. Швидка і правильна дія лікарів на цьому етапі вважалась профілактикою розвитку олігурії. З метою відновлення об'єму циркулюючої крові та прокращення притоку крові до нирок збільшували об'єм інфузійної терапії поки центральний венозний тиск не досягав 60-80 мм вод.ст. При необхідності адреноміметичної підтримки використовували дофамін в "ниркових" дозах 1-2 мкг/кг/хв. Для покращення ниркового кровотоку призначали міотропні спазмолітики (еуфілін, трентал), антиагреганти (курантил) і т.п. Одночасно внутрішньовенно вводили гепарин – 5-10 тис. ОД на перше введення, потім капельно або підшкірно в добовій дозі 40-50 ОД. З метою зниження

катаболізму білків та зменшення в крові продуктів азотистого обміну, хворим з назначали анаболічні стероїди (неробол, ретаболіл).

Стимуляцію діурезу в даній стадії проводили тільки після ліквідації гіповолемії. Призначали еуфілін за схемою: фракційне внутрішньовенне введення по 15-25 мл 2,4 % розчину еуфіліну кожні 15 хвилин до 100 мл/год при відсутності ознак гострої дихальної недостатності. Для відновлення діурезу вводили простагландин E2 (простенон) в дозі 1-5 мг на добу, розведений у 200-300 мл фізіологічного розчину. Якщо така терапія не давала ефекту, то з метою стимуляції діурезу призначали внутрішньовенно осмотичні діуретики та фуросемід (лазікс) в дозі 100-200 мг. Якщо через 1 годину після цього діурез не відновлювався, то в подальшому протягом 1 години повторно вводили фуросемід в дозі 400-500 мг, розведений на 100 мл фізіологічного розчину. Відсутність діурезу в наступні 1,5-2 год., як правило, вказувало на важкі ураження нирок і неефективність подальших консервативних заходів. Подальше лікування було спрямоване на відновлення мікроциркуляції в нирках, боротьбу з метаболічними порушеннями та профілактику нефронекрозу.

У хворих з ГПН II-ї стадії тяжкості (стадія Riefler-I) особлива увага приділялась суворому контролю водного обміну хворого протягом доби і утримання його близько нуля. Хворі знаходяться на спеціальному ліжку-вазі, контроль маси тіла проводили кожні 12 годин, при адекватному водному навантаженні коливання маси тіла не перевищували 0,5-1%. Контрольоване вживання рідини служило також профілактикою гострої серцевої недостатності та набряку легень.

Протягом багатьох років в лікуванні хворих з ГПН широко застосовували “ниркові дози” допаміну (1-3 мг/кг/хв). Однак ми не помітили його сприятливого впливу на попередження ГПН, при збереженні його побічного ефекту у вигляді тахікардії та ішемії міокарду.

У 19-ти (52,7 %) хворих була виявлена гіперкаліємія, яка переважно протікала безсимптомно до тих пір, поки концентрація калію в сироватці крові не зростала до 6,0-6,5 ммоль/л і коли починали спостерігатись зміни на електрокардіограмі (ЕКГ). Гіперкаліємія у хворих проявлялася парестезіями, м'язовою гіпотонією, гіпо- або рефлексією, фібрилярними посмикуваннями окремих м'язів, тонічними судомами, приглушенням серцевих тонів, брадикардією, аритмією, змінами на ЕКГ. З метою ліквідації гіперкаліємії хворим проводили стимуляцію діурезу і внутрішньовенно вводили антагоністи калію – кальцію глюконат або кальцію хлорид та розчини соди. Більш тривалий антигіперкаліємічний

ефект досягався інфузією 40 % розчину глюкози з інсуліном, яку починали зразу після введення глюконату кальцію. Лікування гіперкаліємії здійснювали під контролем іонограми та ЕКГ. У 14-ти (38,9 %) хворих рівень калію був в межах норми, а у 3-х (5,5%) навіть відмічалась гіпокаліємія, так як у них спостерігалось багаторазове блювання і діарея. Слід відмітити, що у пацієнтів з цукровим діабетом та гіперглікемію гіперкаліємія часто протікала без виражених змін на ЕКГ. У 2-х хворих була виявлена гіпокальціємія і 1-го – гіперфосфатемія, які не вимагали спеціальної корекції.

Для прискорення виведення азотистих шлаків із організму у всіх хворих використовували ентеросорбцію (атоксіл, ентеродез, полісорб, ентеросгель та ін), 2-3 разове промивання шлунку та очисні клізми. Часто завдяки цим заходам у хворих припинялись нудота і блювота.

Відомо, що причиною смерті майже у 50% хворих з ГПН були гнійно-септичні ускладнення. Воротами інфекції найчастіше служили дихальні шляхи (11 хворих), місця проведення хірургічних операцій (9 хворих) та сечовивідні шляхи (7 хворих). Як правило, гнійно-септичні ускладнення мали несприятливий прогноз у тих випадках, коли були виявлені не своєчасно. З метою покращення прогнозу лікування та зниження рівня катаболізму в організмі хворим з ГПН вчасно розкривали абсцеси і флегмони, видаляли некротизовані тканини, контролювали гіпертермію та проводили ранню специфічну протимікробну терапію. Антибіотики назначали всім хворим (в основному 5 днів) в половинній від середньотерапевтичної дози, роблячи між курсами лікування короткі перерви 1-2 дні. Не призначали нефротоксичні антибіотики, які виводяться переважно нирками (аміноглікозиди, тетрацикліни, гентаміцин, канаміцин, полімікс, метіцилін, цефалоспорины 1 генерації і т.п.) та сульфаніламід.

У 5-ти хворих (3-х - з внутрішньосудинним гемолізом та 2-х – з синдромом тривалого здавлення) принципово важливим заходом була рання алкалізація плазми і сечі, для чого вводили 200-400 мл 4 % розчину бікарбонату натрію, в залежності від вираженості гемолізу та міоглобінурії. У 3-х із них після проведеної консервативної терапії гемоліз вдалось ліквідувати протягом 3-4-х днів. Зважаючи на високу ефективність консервативної терапії, від проведення ургентного гемодіалізу відмовлялися. Екстренне виконання гемодіалізу було показане лише у 2-х хворих з вираженим гемолізом, в інших випадках ризик можливих ускладнень від гемодіалізу перевищував очікуваний позитивний результат.

У 13,9% хворих перебіг ГПН ускладнювався аритміями, які виникали внаслідок серцевої недостатності, порушення електролітного балансу, гіпертензії, перикардиту і анемії. Гіпертензія спостерігалась у 22,2 % хворих і проявлялась зазвичай на 2-3-й день після початку олігурії. Часто вона служила проявом надмірного збільшення об'єму позаклітинної рідини, а проте в деяких випадках гіпертензія була наслідком підвищення активності ренін-ангіотензинової системи.

Одним із основних методів лікування хворих з олігурії був гемодіаліз. У 4-х (11,1 %) хворих був один із абсолютних показів до гемодіалізу: гіперкаліємія понад 6,5 ммоль/л, сечовина в крові більше 30 ммоль/л зі швидкістю приросту понад 10 ммоль/л на добу, креатинін вище 0,7 ммоль/л з добовим приростом понад 0,18 ммоль/л на добу, виражена інтоксикація з декомпенсованим метаболічним ацидозом, гіпергідратація з підвищенням центрального венозного тиску вище 160 мм рт.ст. та загрозою розвитку набряку легень або мозку.

Слід відмітити, що доказова база ефективності стандартних лікувальних заходів у хворих з ГПН досить слаба. Так, до сих пір не підтверджена ефективність великих доз петлевих діуретиків, можливо варто надавати перевагу не фуросеміду, а торасеміду. За даними деяких авторів петлеві діуретики, введені на фоні централізації кровообігу та спазму ниркових артеріол, не попадають в ниркову паренхіму, а викликають системну вазодилатацію і тільки посилюють гіпотонію. Призначення “ниркових” доз допаміну доказано лише в першу добу лікування і, можливо, більш ефективним може бути застосування фенолдопама. Потрібно обережно застосовувати осмотично активні інфузійні розчини, так як є ризик підвищення осмотичного тиску на фоні високої концентрації азотистих шлаків та ймовірності розвитку набряку легень або мозку. Не вирішено до кінця питання ефективності нирково-замісної терапії, в багатьох дослідженнях підтверджено, що рання гемодіалізна терапія не приводить до зниження летальності та швидкого відновлення функцій нирок. До сих пір ведеться дискусія відносно дії анаболічних стероїдів при ГПН. Немає достовірних даних про ефективність кортикостероїдної терапії для захисту функцій нирок при ГПН.

Висновки

1. Основним принципом лікування невідкладних станів повинно бути усунення причини розвитку ГПН. Невідкладна медична допомога

основного захворювання та ліквідація гіповолемії сприяють поліпшенню результатів лікування ГПН.

2. Гіперкаліємія у хворих з ГПН переважно протікає безсимптомно, тому для її виявлення необхідний динамічний контроль рівня калію в плазмі крові та постійний ЕКГ-маніторинг.

3. З метою покращення прогнозу лікування, хворим з ГПН необхідно своєчасно проводити санацію некротизованих тканин, контролювати гіпертермію та назначати ранню протизапальну терапію.

Список використаних джерел

1. Askenazi D.J., Ambalavanan N., Goldstein S.L. Acute kidney injury in critically ill newborns: What do we know? What do we need to learn? // *Pediatr. Nephrol.* 2009. Vol. 24. P. 265-274.
2. Bezerra C.T. Defining reduced urine output in neonatal ICU: importance formortality and acute kidney injury classification /C.T. Bezerra, L.C. Vaz Cunha, A.B. Librorio // *Nephrology Dialysis Transplantation.* 2013.-Vol.28,№ 4. P.901-909.
3. Bove T. Acute renal failure and cardiacsurgery / Bove T.,Monaco F.,Covello R.D. et al. // *HSR Proceed. Intens. Care.* 2009. Vol.1. №3. P.106-110.
4. Fliser D, Laville M, Covic A, et al; A European Renal Best Practice (ERBP) position statement on the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) clinical practice guidelines on acute kidney injury: part 1: definitions, conservative management and contrast-induced nephropathy. *Nephrol Dial Transplant.* 2012. Dec;27(12):4263-72. doi: 10.1093/ndt/gfs375. Epub 2012 Oct 8.
5. Jetton J.G. Update on acute kidney injury in the neonate /J.G.Jetton, D.J.Askenazi // *Curr. Opin. Pediatr.* 2012. №24. P.191-196.
6. Thakar C.V. Incidence and outcomes of acute kidney injury in intensive care units: a Veterans Administration study / Thakar C.V.,Christianson A.,Freyberg R. et al. // *Crit.Care Med.*,2009. Vol.37. P.2552-2558.
7. Waikar S.S., Liu K.D., Chertow G.M. Diagnosis, epidemiology and outcomes of acute kidney injury / Sushrut S. Waikar, Kathleen D. Liu, and Glenn M. Chertow // *Clinical Journal of the American Society of Nephrology.* 2008. Vol.3. P. 844–861.
8. Wang H.E. Acute Kidney Injury and Mortality in Hospitalized Patients /Wang H.E.,Muntner P.,Chertow G.M. et al. // *Am.J.Nephrol.*,2012. Vol.35.-P.349-355.

УДК 614.2

Литвинчук Володимир, канд.мед.наук
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З СИНДРОМОМ ТРИВАЛОГО ЗДАВЛЕННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Анотація. Міжнародний досвід свідчить, що 15-20 % летальних наслідків травми можливо попередити за умов покращення допомоги на догоспітальному етапі. Для цього необхідна відповідна медична підготовка особового складу усіх формувань, які приймають участь ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

У статті наведення проведений аналіз лікування потерпілих з синдромом тривалого стиснення.

Ключові слова: синдром тривалого стиснення, інтоксикація, догоспітальний етап, невідкладна допомога.

Lytvynchuk Volodymyr, PhD (Medical sciences), Assistant Professor
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv national medical university
Lviv, Ukraine

PECULARITIES OF MEDICAL CARE FOR VICTIMS WITH CRUSH-SYNDROME ON PREHOSPITAL STAGE

Abstract. An international experience testifies that 15-20 % of lethal consequences of injuries can be avoided in case of improving of medical care on a prehospital stage. For achieving this objective there is necessary improved training of personnel of all formations and teams, which participate in liquidation of emergency situations outcomes.

In the article there is presented analyzed results of treatment victims with crush-syndrome.

Keywords: crush-syndrome, compartment syndrome, intoxication, prehospital stage, urgent care.

Міжнародний досвід свідчить, що 15-20 % летальних наслідків травми кожного року можливо попередити за умов покращення служби швидкої медичної допомоги. Після прийняття закону про Систему екстреної медичної допомоги (Public Law 93-154) та впровадження концепції «Золота година» кількість летальних наслідків зменшилась на 20 % з 117000 до 90523.

Згідно концепції «Золота година» всі ушкодження було розподілено на три категорії:

1. Незворотні, вкрай тяжкі ушкодження, при яких навіть негайне втручання не призводить до позитивних наслідків травми.

2. Ушкодження, при яких наслідки травми (смерть або інвалідність) залежать від своєчасності та якості втручання.

3. Ушкодження, при яких надання спеціалізованої медичної допомоги може бути відкладеним на протязі 1 години без ризику для життя та здоров'я постраждалого.

Перший пік летальності приходить на час травмування, коли смерть настає протягом перших секунд або декількох хвилин від моменту травми, що перш за все обумовлено тяжкістю травматичних ушкоджень життєво важливих органів, таких як мозок, серце, великі судини. У більшості випадків такі ушкодження фатальні.

Другий пік летальності припадає на проміжок часу декількох хвилин до декількох годин з моменту травми, коли частота летальних наслідків може бути зменшеною за рахунок профілактики та лікування вентиляційної, гемічної та тканинної гіпоксії.

Третій пік летальності виникає через декілька днів та тижнів з моменту травми, звичайно, від поліорганної недостатності та сепсису.

Згідно вимог «Протоколів надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» визначена послідовність дій при наданні допомоги постраждалим при позиційному стисканні м'яких тканин не медичними працівниками.

Зокрема:

- якщо з моменту стискання пройшло менше ніж 10 хвилин, звільнити стиснену частину тіла;
- у випадку, коли необхідно терміново евакуювати постраждалого, але з моменту стискання пройшло більше ніж 10 хвилин, перед звільненням стиснутої частини тіла накласти джгут.

У ділянках, які підлягли стискуванню, утворюється велика кількість недоокислених продуктів та продуктів піврозпаду. Після звільнення створюються умови для масованого поступлення у кров'яне русло.

Мета дослідження: Метою даної роботи є оптимізація надання екстреної медичної допомоги хворим з синдромом тривалого здавлення (СТЗ) на догоспітальному етапі медичної евакуації в умовах надзвичайних ситуацій (НС).

Матеріал і методи дослідження. Проведений аналіз результатів лікування хворих с СТЗ з наданням повного і неповного обсягу медичної допомоги на догоспітальному етапі медичної евакуації. У процесі аналізу використовувались біохімічні і загальноклінічні методи дослідження.

Результати дослідження. В умовах НС можливе виникнення значної кількості постраждалих із синдромом тривалого здавлення. Летальність хворих з СТЗ, незважаючи на застосування сучасних методів лікування у стаціонарних умовах достатньо висока і сягає 40-60 %. Нами проведений аналіз результатів лікування 2-х груп хворих із СТЗ з наданням повного і неповного обсягу медичної допомоги на догоспітальному етапі медичної евакуації.

Обидві групи хворих, віком від 17-ти до 58-ми років, поступали у клініку у першу добу після початку захворювання. До першої групи нами включені 8 хворих із СТЗ, яким екстренна медична допомога на догоспітальному етапі була надана в повному обсязі.

У II групу увійшли 11 хворих із СТЗ, яким екстрена медична допомога на догоспітальному етапі була надана у неповному обсязі або з помилками.

Хворим не було проведено адекватне знеболення, не проводилось туге бинтування травмованих кінцівок і раннє лікування травматичного шоку, що призвело до більш важкого перебігу СТЗ на госпітальному етапі.

У хворих II групи спостерігається накопичення продуктів метаболізму, що проявлялося в наростанні клінічних симптомів інтоксикації та змінах лабораторних даних. Так, добовий діурез у перший день після госпіталізації в стаціонар був знижений порівняно з нормою у 14,4 раза і становив $(102 \pm 41,42)$ мл ($P < 0,05$), концентрація сечовини була збільшена в 5,6 раза, креатиніну - в 4,1 раза (відповідно $(31,28 \pm 3,10)$ ммоль/л та $(0,53 \pm 0,21)$ ммоль/л, ($P < 0,05$)).

Кількість лейкоцитів була збільшена в 1,57 раза і становила $(10,67 \pm 2,12)$ ($P < 0,05$), лейкоцитарний індекс інтоксикації становив $2,128 \pm 0,082$.

За нашими даними, наростання концентрації натрію в сечі відмічається швидше, ніж наростання азотистих шлаків крові (таким чином, вже через дві години після гіпотонії концентрація натрію в сечі становить понад 35 ммоль/л), що дозволяє рекомендувати визначення натрію в сечі як ранній діагностичний критерій розвитку ГНН

На п'ятий день показники добового діурезу були в межах норми ($P < 0,05$), показники сечовини були збільшені вже в 4,0 раза, а креатиніну - в 3,5 раза (відповідно $(22,64 \pm 3,68)$ ммоль/л та $(0,45 \pm 0,13)$ ммоль/л, ($P < 0,05$)). Кількість лейкоцитів становила $(8,62 \pm 1,80)$, лейкоцитарний індекс інтоксикації $(1,8 \pm 0,05)$.

В результаті проведеного лікування летальність у першій групі хворих склала 12,5 % (один хворий помер від гострої серцево-судинної недостатності).

У результаті проведеного лікування летальність у другій групі хворих склала 44,5 %. 5 хворих цієї групи померло від гострої ниркової недостатності, незважаючи на застосування екстракорпоральних методів очистки крові.

Висновки. Для оптимізації надання екстреної медичної допомоги хворим із СТЗ на догоспітальному етапі медичної евакуації в умовах НС необхідна відповідна медична підготовка особового складу усіх формувань, які приймають участь у ліквідації наслідків НС.

Список використаних джерел

1. Кижаева Е.С., Закс И.О. Полиорганный недостаток в интенсивной терапии // *Вест, интенс. терапии*. 2004. №1. С.14-18.
2. Гранкин В.И., Хорошилов СЕ. Актуальніше вопросы лечения острой почечной недостаточности при синдроме длительного сдавления // *Анест. и реаниматол*. 2005. №2. С.59-61.
3. Ливанов Г.А., Михальчук М.А., Калмансон М.Л. Острая почечная недостаточность при критических состояниях. СПб. : Издательский дом СпбМАПО, 2005. 204 с.
4. Курсов С.В. Гідродинаміка у хворих з абдомінальним сепсисом при низьких оцінках за шкалою APACHE-II // *Харківська хірургічна школа*. 2011. №6. С. 89-92.
5. Vladyka A.S. Infusion therapy in critical conditions / A.S. Vladyka, V.V. Suslov, O.A. Tarabrin. K.: Logos, 2010. 274 p. (in Russian).
6. Ermolenko V, Mihajlov N, Baterdene S. [Uremic syndrome and uremic toxins (review)] *Nephrology and Dialysis Journal* 2008. V.10. № 3. P. 182–192.
7. Bagshaw S, Langenberg C, Wan L et al. A systematic review of urinary findings in experimental septic acute renal failure. 2007. 35. P. 1592–1598.

ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

УДК 615.89

Шматенко Олександр

доктор фармацевтичних наук, професор, начальник кафедри

Кучмістова Олена

кандидат біологічних наук, доцент, професор кафедри

Соломенний Андрій

кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри

Кучмістов Віктор

кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри

*Кафедра військової фармації Української військово-медичної академії,
м. Київ, Україна*

УНІФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ЗІ ЗНАЧНИМ СИРОВИННИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Анотація. Тернопільська область розглядається фахівцями з позиції лідера стосовно природно-рекреаційного потенціалу, завдяки різноманітності ландшафтів та екосистем регіон є найбагатшим в країні за фіторізноманіттям. На підставі глибокого узагальнення та всебічного аналізу літературних даних авторами відібрано 40 лікарських рослин (представників 23 ботанічних родин) із максимальним ботаніко-географічним районуванням (широким сировинним ресурсом) на території означеного регіону; у кожному випадку означена низка можливих лікарських форм. Відібрано та уніфіковано 287 рецептів, серед яких переважна більшість - настої та відвари (водні та виготовлені на молоці); акцентована увага на їх здатності конкурувати з аналогічними фармацевтичними препаратами за силою фармакотерапевтичної дії та безпечністю. Виявлена значна перевага відповідних фітозасобів протизапальної, ранозагоюючої, болетамувальної та кровоспинної дії; високий лікувальний ефект при обробці гнійних ран, опіків, виразок, нарівів, фістул, прискорення процесів регенерації. Викладений матеріал дає підставу рекомендувати медичній службі Збройних Сил України використовувати фіторесурси Тернопільщини у якості замісної терапії для потреб особового складу військових частин із відповідним місцем дислокації.

Ключові слова: військовослужбовці, Тернопільська область, природні ресурси, лікарські рослини, настої, відвари.

Shmatenko Oleksandr

Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor, Head of the Department

Kuchmistova Olena

PhD of Biological Sciences, Associate Professor, Professor of the Department

SolomenniyH Andriy

PhD of Pharmaceutical Sciences, Associate Professor of the Department

Kuchmistov Viktor

PhD of Biological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department

Department of Military Pharmacy, Ukrainian Military Medical Academy,

Kyiv, Ukraine

UNIFICATION OF MEDICINAL HERBS OF TERNOPIL REGION WITH SIGNIFICANT RAW MATERIAL POTENTIAL FOR NEEDS OF MILITARY MEDICAL SERVICE

Abstract. Ternopil region considered to be the leader in relation to natural and recreational potential, by virtue of the diversity and ecosystems of its landscapes, this region is the richest in the country by phytodiversity. Based on the in-depth aggregation and comprehensive analysis of literature data, authors selected 40 medicinal herbs (representatives of 23 botanical families) with the maximum botanical and geographical zoning of the said region; in each case, a number of possible dosage formulations were identified. 287 formulations were selected and unified, most of which are infusions and brews (water and milk based); emphasis is made on their competeability with similar pharmaceuticals therapeutical exposure and safety. A significant advantage of corresponding herbal formulations of anti-inflammatory, wound healing, pain reliever and hemostatic effect were discovered; high therapeutic benefit in treatment of festering wounds, skin burns and scalds, ulceration, abscesses, fistulae, acceleration of regeneration processes observed. Presented materials give all grounds to recommend the medical service of the Armed Forces of Ukraine to use phyto-resources of Ternopil region as substitutive therapy for the needs of the complements with appropriate deployment sites.

Key words: military, Ternopil region, natural resources, medical plants, infusum, decoctum.

Військово-медична служба є важливою складовою Збройних Сил України, яка здійснює постійне піклування про збереження та зміцнення здоров'я особового складу військ. На сучасному етапі вельми актуальним є мобілізація усіх можливих засобів для забезпечення високої боєздатності військовослужбовців. Успішне вирішення завдань, покладених на медичну службу, вимагає високого рівня забезпеченості особового складу вітчизняних Збройних Сил максимально широким спектром лікувально-профілактичних засобів, у т.ч. природного походження.

Широко відомо, що Україна має високий природний рекреаційно-ресурсний потенціал. Наша країна завжди займала одне з провідних місць в Європі за рівнем забезпеченості цінними природними лікувальними ресурсами, використання яких для охорони здоров'я військовослужбовців та населення є раціональним [1, 4, 9, 11]. За географічним положенням вона знаходиться у виключно сприятливих умовах, зокрема це стосується клімату та ґрунтів [3]. Завдяки різноманітності ландшафтів та екосистем однією з найбагатших за фіторізноманіттям вважається Тернопільська область, що й обумовило об'єкт даного дослідження [2, 7, 9]. Скринінг-аналіз виявив певні проблеми: до сьогодні залишається не вивченим стан ресурсів сировинних видів цього регіону, не з'ясовані особливості формування їх ресурсного потенціалу, не розроблені наукові основи оптимізації використання та збереження видів Тернопільщини.

Вищевикладене обумовлює актуальність проведених досліджень у галузі оптимального використання відповідних природних рекреаційних ресурсів.

Мета: теоретичне обґрунтування науково-практичного підходу до виявлення та аналізу високоефективних лікарських рослин (ЛР) із значним ресурсним потенціалом на території Тернопільської області для проведення лікувально-оздоровчих заходів у мирний період і на основних (потенційних) театрах воєнних дій. Методи: науковий пошук, літературний скринінг, структурно-логічний та контент-аналіз. Предмет дослідження: раціональність застосування фіторесурсів країни (на прикладі означеного регіону) у якості засобів замісної терапії для потреб військовослужбовців. Представлено фрагмент проведеного дослідження природно-рекреаційного потенціалу України як пряму медичного забезпечення військовослужбовців.

Можливість використання природних сил навколишнього середовища для відновлення стану здоров'я з прадавніх часів привертала до себе увагу, про що свідчать численні археологічно-етнографічні дослідження. Однією із галузей, яка в сучасних умовах починає відроджуватися майже у всіх регіонах України, є рекреація. Вона забезпечує потреби військовослужбовців та цивільного населення в оздоровленні та відпочинку, є стимулятором розвитку допоміжних та обслуговуючих галузей та важливим чинником, що впливає на рівень та якість життя.

Відповідно до генетичної класифікації, окремими ланками ланцюжка природних ресурсів є рослинні, водні та мінеральні (разом з кліматичними, ґрунтовими та тваринними ресурсами) [7]. Саме рослинні серед інших лікувальних ресурсів належить особлива роль як природному джерелу цінних активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ). ЛР (*Plantae medicinales*) використовують у натуральному та переробленому вигляді – як лікарську рослинну сировину. Сировина більшості видів (понад 95 %) дотепер вилучається з природного середовища.

Згідно з літературними даними, на території Тернопільської області зростають понад 1 100 видів вищих спорових і насінних рослин. Така різноманітність зумовлена певним географічним розташуванням - між Карпатами і Поліссям. Найчисленнішими є лісові та степові види. Загальна площа лісового фонду регіону становить 13,8 % території області (12-те місце по Україні). До сьогодні зустрічаються рослини-релікти [3, 7]. Фахівці поступово розширюють відомості стосовно кількісно-якісного асортименту основних видів дикорослої цілющої флори у складі фітоценозів Тернопільщини та їхніх ресурсів [2-4, 6, 7, 9, 10]. Зокрема, в

роботах Храброї С.З. (2013) представлено видовий склад ЛР означеного регіону, їх еколого-ценотичну приуроченість, складені картосхеми розміщення масивів ЛР. Нею визначені біолого-експлуатаційні запаси та обсяги можливих щорічних заготівель фітосировини, розроблені рекомендації щодо раціонального використання наявних ресурсів та охорони зникаючих дикорослих цілющих рослин. Виявлено взаємозв'язок між сировинною біопродуктивністю видів дикорослих ЛР і певним типом ґрунтів. Показано, що найбільш продуктивні місцезростання пов'язані з родючими ґрунтами, кислотність ґрунтового розчину яких знаходиться у межах від 5.0 до 7.0 (темно-сірі опідзолені, сірі опідзолені ґрунти і опідзолені чорноземи) [9]. За даними різних дослідників, кількість цілющої флори регіону коливається в межах 36,4-40,3 % [2, 3, 9]. Тому цілком логічно, що Тернопільська область займає провідне місце в Україні за рівнем заготівлі дикорослих плодів, ягід, трав, березового соку [10].

Глибоке вивчення та узагальнення наукової літератури дало підставу для поетапного проведення власних досліджень.

Автори отримали змогу уніфікувати цілющу флору Тернопільщини за основною фармакотерапевтичною дією та відповідним лікувально-профілактичним застосуванням. Означено 8 основних напрямків застосування ЛР із ореолом розповсюдження на території регіону: при захворюваннях ШКТ (32), серцево-судинної системи (18), нирок і сечовивідних шляхів (16), суглобів (8), гіпо- та авітамінозах (19), а також за відповідним ефектом – відхаркувальним (30), жовчогінним (11) і заспокійливим (10 рослин відповідно).

Суттєвим результатом дослідницької роботи стало глибоке вивчення лікарської флори, що максимально розповсюджена на території Тернопільщини і має широкий сировинний ресурс. Проаналізовано взаємозв'язок між хімічним складом вегетативних органів відповідних рослин, означені можливі рекомендації до їх застосування з лікувально-профілактичною метою, у кожному випадку означена низка можливих магістральних лікарських форм (ЛФ). Нами було вичленовано 40 ЛР: *Achillea millefolium*, *Acorus calamus*, *Aesculus hippocastanum*, *Althaea officinalis*, *Arctium lappa*, *Artemisia absinthium*, *Berberis vulgaris*, *Betula pendula*, *Calluna vulgaris*, *Centaurea cyanus*, *Crataegus sanguinea* та *C. curvisepala*, *Elytrigia repens*, *Galium verum*, *Geranium sylvaticum*, *Hypericum perforatum*, *Leonurus cardiaca*, *Melilotus officinalis*, *Morus alba*, *Plantago major*, *Potentilla erecta*, *Polygonum hydropiper*, *P. persicaria* та *P. odoratum*, *Populus nigra*, *Pulmonaria obscura*, *Rhamnus cathartica*, *Rubus caesius*, *Rumex*

confertus, Robinia pseudoacacia, Salix acutifolia, Sambucus nigra, Saponaria officinalis, Symphytum officinale, Thymus serpyllum, Tussilago farfara, Urtica dioica, Veronica spicata, Viburnum opulus. Відібрані рослини є представниками 23 ботанічних родин. За кількістю повторів лідерами стали ЛР родин Asteraceae (6 випадків), Rosaceae (4 випадки) та Polygonaceae (3 випадки). Це повністю відповідає загальноприйнятому положенню відносно того, що більшість ЛР планети – представники родини Asteraceae [4].

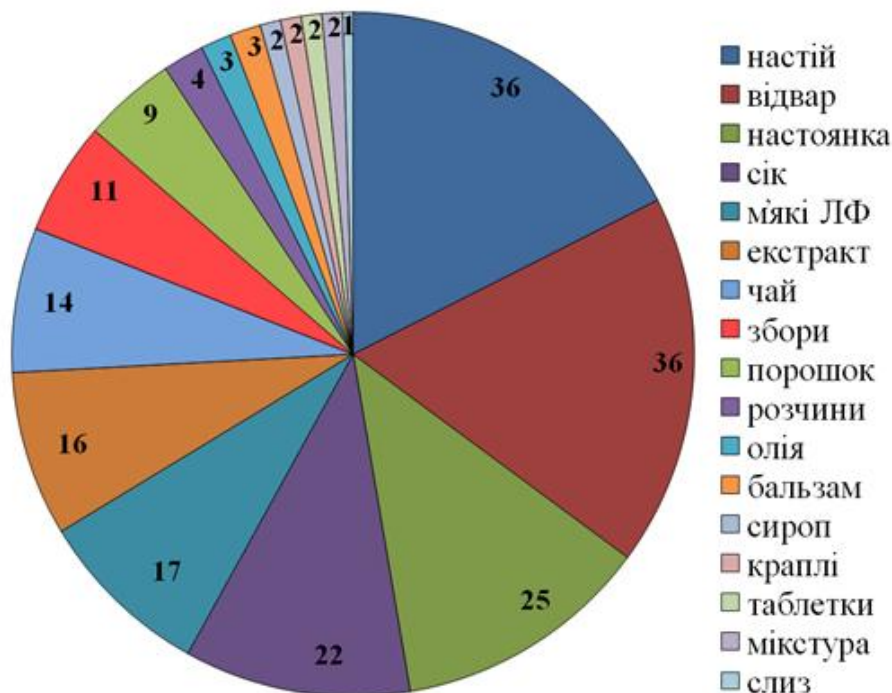
З'ясувалося, що переважна більшість (85 %) проаналізованих рослин є офіційними, решту використовують лише в народній медицині. АФІ, що входять до складу Sambucus nigra, Saponaria officinalis та Robinia pseudoacacia, дають підставу вважати їх отруйними або слабо отруйними рослинами. Акцентована увага на обережності застосування відповідних лікарських засобів (ЛЗ), необхідності точного дозування. Авторами відібрано та уніфіковано 287 рецептів.

При проведенні дослідження структури (частоти) повторюваності різноманітних ЛФ, які можливо виготовити на основі вищезазначених рослин, з'ясувалося, що переважна частка припадає на настої, відвари (водні та виготовлені на молоці) – по 36 згадувань (Діаграма 1). Акцентована увагу на тому, що 12 ЛР з широкою сировинною базою на Тернопільщині є основою для виготовлення високоефективних молочних витягнень: Acorus calamus, Althaea officinalis, Arctium lappa, Artemisia absinthium, Elytrigia repens, Matricaria chamomilla, Polygonatum odoratum, Populus nigra, Symphytum officinale, Tussilago farfara, Urtica dioica, Veronica spicata. Приготування молочних витягнень не вимагає складного технологічного обладнання, компоненти для виготовлення цих ЛЗ (рослинний матеріал і відповідний розчинний тваринного походження) загальнодоступні, що й обумовлює зберігання означеною старовинної ЛФ свого значення і в наш час.

Авторами дещо раніше вивчалось питання відродження старовинних ЛФ, зокрема лікувальних засобів тваринного походження [5, 11]. Infusum і Decoctum на молоці – надзвичайно цікава нефармакопейна ЛФ. З'ясувалося, що більшість фітотерапевтів вважають молоко (Lactis) універсальним розчинником, жодна інша рідина не здатна забезпечити максимально повну екстракцію усіх АФІ з рослини. Lactis є природною емульсією; багатокомпонентною полідисперсною системою, біологічна та поживна цінність якої обумовлена хімічним складом і фізичними особливостями. Часто перевага віддається саме молочним витягненням,

адже до них переходять як гідрофільні, так й ліпофільні речовини. Це високоефективна ЛФ для внутрішнього та зовнішнього застосування. Означено, що молочні рослинні витягнення здатні конкурувати з синтетичними фармацевтичними препаратами за силою фармакотерапевтичної дії та безпечністю. Наприклад, застосування молочного відвару кореня *Urtica dioica* викликає імунотропну дію і суттєво полегшує стан хворого при болях шлункового походження (заміна ЛЗ імуномодуючої та анальгезуючої дії); виражений спазмолітичний ефект надає молочний відвар *Petroselinum sativum* - в експерименті суттєво перевищує дію «Но-шпи», відмічено й сильний діуретичний ефект наданого фітозасобу. Відмічено, що молочні рослинні витягнення мають перевагу перед синтетичними ЛЗ не лише за ефективністю, але й за безпечністю [8, 11].

Аналізування фітопрепаратів, які можливо виготовити на основі вичленованих нами рослин, виявив досить високу кількість повторень настоянок (спиртових, олійних), соків, м'яких ЛФ (мазь, паста, крем, лінімент, гель), екстрактів і чаїв - відповідно 25, 22, 17, 16, 14 (Діаграма 1).



Діаграма 1. Частота застосування різноманітних лікарських форм, що можливо виготовити на основі вичленованих лікарських рослин, поширених на території Тернопільської області

(цифрами позначена кількість повторень кожного виду ЛФ).

З'ясувалось, що настої, відвари, соки ЛР фахівці часто використовують у якості основи для приготування компресів, примочок,

місцевих ванн (для проведення лікування при ранах, опіках, забиттях, нарівах, виразках, фістулах, мокнучих екземах, набряках).

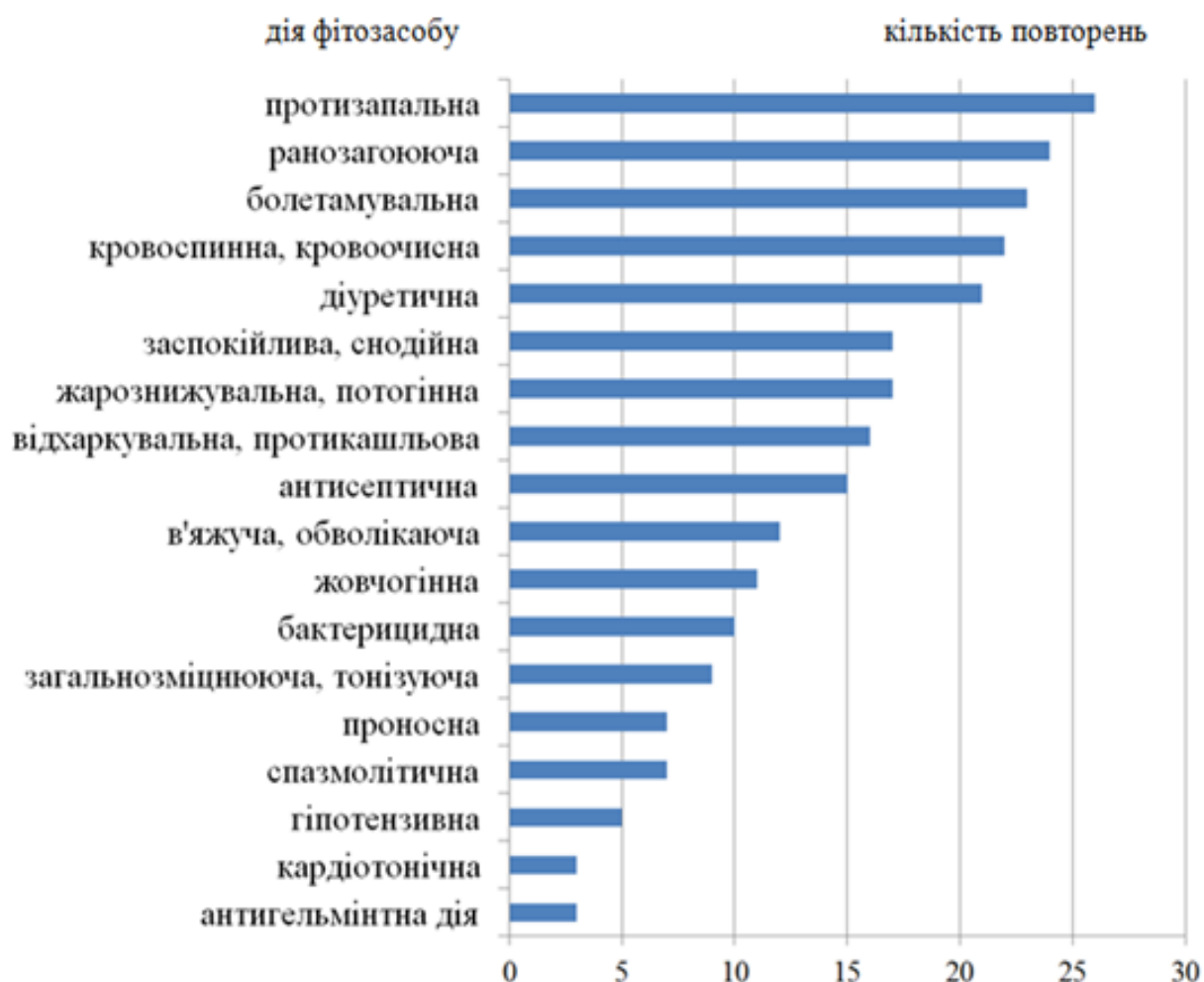


Рис. 1. Види фармакотерапевтичної дії препаратів, виготовлених на основі вичленованих лікарських рослин Тернопільщини.

Вивчення фармакотерапевтичної дії ЛЗ, які можливо виготовити на основі вичленованих цілющих рослин Тернопільщини, виявило значну перевагу стосовно фітопрепаратів протизапальної, ранозагоюючої та болетамувальної дії (відповідно 26, 24 та 23 повторень), як представлено на Рис.1. Означені засоби надають високий лікувальний ефект при обробці гнійних ран, виразок, нарівів, фістул, прискорення процесів регенерації. Досить часто фітотерапевти рекомендують застосовувати ЛР з широким сировинним ресурсом на території означеного регіону, які виявляють кровоспинну та кровоочисну (22 повторення), діуретичну (21), седативну та снодійну (17), протикашльову та відхаркувальну дію (16). Усі означені лікувально-профілактичні показання, насамперед, є доцільними для потреб військовослужбовців.

Безумовно, вищевикладене дає підґрунтя рекомендувати зосередити увагу фахівців на проведення подальших глибоких наукових досліджень, насамперед, по відношенню до означених рослин, продовжити розробку та удосконалення фіторецептури, аптечної та промислової технології виготовлення відповідних фармацевтичних засобів.

Висновки. Використання рослинних ресурсів у якості засобів замісної терапії для потреб військовослужбовців у мирний період та при проведенні бойових дій вважається нами раціональним і вельми актуальним. Насамперед, йде мова про реабілітаційний період після перенесених поранень, травм, операційного втручання; на етапі доліковування після тяжких виснажливих захворювань. Адже природний світ – найбільш доступне та економічне джерело одержання ЛЗ, створене самою природою. Подальшу пошукову роботу (зокрема стосовно гідромінеральних ресурсів країни) вважаємо доцільною, особливо для потреб військової фармації в аспекті сучасних історичних подій.

Список використаних джерел

1. Бриндіков Ю.Л. *Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій*. Педагогічні науки: збірник наукових праць Херсонського державного університету. Вип. LXXVII (77), т. 2. Херсон, 2017. - С. 149-153.
2. Заставецька О. *Флора Тернопільської області*. Тернопільський енциклопедичний словник; у 4 т. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний комбінат «Збруч», 2008. Т. 3. 708 с.
3. *Екологічний паспорт Тернопільської області 2017-2018* pp. URL: <https://menr.gov.ua/content/ekologichni-pasporti-regioniv.html>
4. Кучмістова О.Ф., Кучмістов В.О., Коноваленко Є.В. *Контент-аналіз сучасного стану лікарського рослинництва у загальносвітовому масштабі*: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасна фармація: історія, реалії та перспективи розвитку». Х., 2019. С. 176-178.
5. Кучмістова Е.Ф., Шматенко А.П., Кучмістов В.А., Майборода Е.И. Разработка рекомендаций лечебно-профилактического применения лекарственного средства на основе природного сырья. Наука и инновация. №1. Душанбе: Изд-во Таджикского национального университета (РИНЦ), 2018. С. 134-142
6. Марчишин С.М., Сушко Н.О. *Лікарські рослини Тернопільщини*. Тернопіль: Навчальна книга. Богдан, 2017. 312 с.
7. Пушкар Б. *Основні напрями оптимізації розвитку рекреаційного господарства Тернопільської області*. Вісник Львівського університету. Серія географічна. Вип. 47. 2014. С. 224-234.
8. Туманов В.А., Тимченко І.М., Яковлева І.Ю. та ін. *Фундаментальні дослідження при визначенні фармакологічних властивостей засобів народної медицини*. Актуальні питання в народній і нетрадиційній медицині. Здоров'я та довголіття: фундаментальні дослідження, впровадження. Київ, 2016. С. 37-38.
9. Храбра С.З. *Раціональне використання лікарських рослин Тернопільської області*. Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету ім. В. Гнатюка. Серія: Біологія. №1 (20). 2013. С. 19-22.

10. Царик Л.П., Чернюк Г.В. *Природні рекреаційні ресурси: методи оцінки й аналізу (на прикладі Тернопільської області)*. Тернопіль : Підручники і посібники, 2001. 188 с.

11. Шматенко О.П., Кучмістова О.Ф., Т.В. Приходько та ін. *Місце екстремальних лікарських засобів на основі рослинної сировини в системі цивільної та військової медицини*. The 8th International conference «Science and society» (November 9, 2018). Hamilton, Canada, 2018. P. 78-88.

УДК 616.8 – 009.6:617.58 – 089.873

Скляр Сергій, к.мед.н., доцент, зав.кафедри

Іванов Олексій, асистент кафедри

Кафедра сімейної, військової та паліативної медицини

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна.

Оділов Руслан, Латишев Віталій,

студенти 3 курсу

КЗ «Лисичанський державний медичний коледж», м. Лисичанськ, Україна.

ФАНТОМНО-БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ – ПЕРСПЕКТИВА, ЩО ПОСТАЄ ПЕРЕД ЛЮДИНОЮ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ В РЕЗУЛЬТАТІ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Фантомний біль розвивається як відповідь на запуск соматосенсорної пам'яті активація якої відбувається за рахунок больової імпульсації перед та після оперативного втручання. Дослідження проведене на 26 пацієнтах. Пацієнти контрольної групи перед оперативним втручанням отримували стандартне знеболення, основна група отримувала епідуральну катетерну анестезію з седацією кетаміном та психологічну допомогу. Ризик розвитку фантомно-больового синдрому у пацієнтів основної групи знизився на 83,3%.

Ключові слова: Фантомний біль, знеболення, ампутація, седація.

Sklyar Serhiy, PhD in Medicine, Head of the department

Ivanov Oleksiy, assistant professor

Department of family, military and palliative medicine

Luhansk state medical university. Luhansk, Ukraine

Odilov Ruslan, Latyshev Vitaliy, students

Lysychansk satte medical colledge, Lysychansk, Ukraine

PHANTOM-PAIN SYNDROME – A PERSPECTIVE FOLLOWING A MAN AFTER AN AMPUTATION OF THE LIMBS IN THE RESULT OF MINE-BLAST INJURY

Phantom pain develops in response to the initiation of somatosensory memory, the activation of which occurs through pain impulsions before and after surgery. The study was conducted on 26 patients. Patients in the control group received standard anesthesia before surgery, and the main group received epidural catheter anesthesia with ketamine sedation and psychological assistance. The risk of developing phantom-pain syndrome in the patients of the main group decreased by 83.3 %.

Keywords: Phantom pain, analgesia, amputation, sedation.

Досить часто можна спостерігати, що пацієнти, що перенесли ампутацію кінцівки, найчастіше нижньої, скаржаться на дивне відчуття неіснуючої кінцівки, або її частини, що приносить певні незручності, та псує і без того знижену якість життя. Особливо часто подібне можна спостерігати у військових чи мирного населення після поранення, або обмороження кінцівки в умовах проведення бойових дій. Інтенсивний біль, який розвивається після оперативного втручання, стає справжньою перепорою для протезування та подальшої реабілітації [4].

Першим увагу на дане питання, коли людина відчувала частину ампутованої кінцівки, звернув у 1552 році французький лікар та вчений А Паре та дав назву подібному стану «Фантомний біль» [3], що в перекладі з грецької – примара.

Встановлено, що фантомно-больовий синдром розвивається як відповідь на запуск больової або соматосенсорної пам'яті, яка активується за рахунок тривалої ноцицептивної імпульсації в передопераційному періоді. Після оперативного втручання на дистальних кінцях нервів розвиваються невриноми, кістковий опил обростає остеофітами, тканини знаходяться в стані ішемії, що створює додаткові умови для ноцицептивної імпульсації [3]. Додатковим фактором може стати запальна реакція дистального кінця нерва, а також травма шкіри під час проведення оперативного втручання та в періоді подальшого протезування кінцівки [2].

Частота розвитку фантомно-больового синдрому (ФБС) складає 3-72% від загальної кількості пацієнтів, що перенесли ампутацію кінцівки [8], а фантом відчувається з тією ж інтенсивністю, що і до проведення оперативного втручання [5]. Ноцицептивний імпульс діє від зони ураження через задні рога спинного мозку, далі передається до таламуса через подушку (Pu) та асоціативні ядра таламуса, в подальшому кінцевою зоною сприйняття є тім'яна доля головного мозку, а саме за центральна звивина, поля 5 та 7 [2], саме тут відбувається остаточне закріплення.

За даними різноманітних досліджень, що проводились останніми роками, тривалість фантому різноманітна, та, в середньому, складає 3 роки [5, 6]. Нерідко розвивається каузалгія, стан при якому пацієнт відчуває біль нестерпного характеру при незначному контакті. Даний патологічний стан розвивається при тривалому та достатньо вираженому подразненні, незрозумілому пошкодженні нерва чи спинномозкового корінця [7].

Відомо, що люди з психічними порушеннями, а також черепно-мозковою травмою в анамнезі, діти до 15 років рідко страждають від

фантомного болю [3]. А от особи, з психо-емоційним стресом в передопераційному періоді чи безпосередньо перед оперативним втручанням, що нерідко спостерігається після бойових дій, та подальшим розвитком болю, в більшій частині за рахунок неадекватного знеболення, більш схильні до розвитку фантома. Велику роль грає правильна та грамотна обробка кісткового опику, нервів та судин після оперативного втручання [9]. Відомо, що при зрощенні нерва з судинами та кісткою біль набуває особливо яскравого характеру. Додаткового значення набуває неврит та інфекція, що латентно протікає в рані. Інтенсивність пошкоджуючи факторів на периферії та їх тривалість зумовлюють вираженість ФБС [1].

Метою роботи стало вивчення проблеми ФБС, патофізіологічних механізмів його розвитку, як першопричини розуміння проблеми, а також дослідження можливих способів його попередження та корекцію в осіб, які перенесли мінно-вибухову травму.

Матеріали та методи. Дослідження проводили у 26 пацієнтів цивільного населення, постраждалих в результаті бойових дій, що звернулися на консультацію в період з 2014 по 2019 роки. Середній вік всіх пацієнтів складав 41 рік $\pm$ 2 роки (5 жінок та 21 чоловік). Всі пацієнти перенесли ампутацію нижньої кінцівки на різному рівні в умовах травматологічних та загально хірургічних стаціонарів з приводу поранень чи мінно-вибухової травми.

Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Де 0 – відсутність болю, 1-3 – слабкий біль, 4-5 – помірний біль, 6-7 – сильний біль, 8-9 – дуже сильний біль, 10 – нестерпний больовий синдром. Вивчали вплив на розвиток фантомно-больового синдрому наступних факторів: а) адекватність передопераційного знеболення; б) психологічну підготовку та обстановку навколо пацієнта перед та після операції; в) підбір найбільш адекватного методу знеболення; г) пред- та після операційні методи знеболення; д) фактори, методи лікування, реабілітації та профілактики розвитку ФБС.

Всі пацієнти були поділені на дві групи: основну 18 чоловік (4 жінки та 14 чоловіків) та контрольну 8 чоловік (1 жінка та 7 чоловіків). Статистично достовірних вікових розбіжностей між групами пацієнтів не було.

Результати дослідження та їх обговорення.

При аналізі історій хвороби та анамнезу захворювання пацієнтів контрольної групи було встановлено, що всі пацієнти перед оперативним

втручанням відчували досить сильний біль, седація не проводилась, або була малоефективною. Післяопераційне знеболення носило стандартний характер та включало в себе здебільшого нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), а також ненаркотичні та наркотичні анальгетики в різних дозах та концентраціях. В більшості випадків больовий синдром не був купований або ефект мав незначний характер.

Після виходу з наркозу пацієнти мали біль в ділянці післяопераційної рани, який через добу трансформувався у фантомні відчуття. Ці відчуття оцінювались пацієнтами від 4 до 7 балів за ВАШ, а час тривалості фантому складав від 2-2,5 тижнів до 9-10 місяців. Психологічна підготовка пацієнтів контрольної групи частіше не проводилась, оскільки оперативне втручання мало негайний характер за життєвими показаннями. Безпосередньо перед оперативним втручанням пацієнти відчували достатньо виражену та інтенсивну больову імпульсацію, що згодом обтяжило процес реабілітації та явилось сприятливою основою розвитку ФБС в даній групі пацієнтів.

В двох досліджуваних пацієнтів (25 %) мала місце каузалгія (больові імпульси значної інтенсивності) за ВАШ 9-10 балів, що розвивалась навіть від незначного контакту з постільною білизною, перев'язувальним матеріалом, після маніпуляцій з ранною під час перев'язок. Всі опитані пацієнти відмічали, що відчують дистальну частину ампутованої кінцівки (п'яту, пальці, гомілку), дискомфорту додавав зуд неіснуючої частини кінцівки.

Основна група пацієнтів в стаціонарі отримувала лікування згідно концепції соматосенсорної пам'яті. Перед оперативним втручанням, а якщо воно проводилось не одразу, то за дві доби всім пацієнтам була проведена епідуральна катетерна анестезія (ЕКА), а оперативне втручання проводилось під епідуральною анестезією з седацією. Обов'язковим компонентом седації було використання кетаміну в дозі 1 мг/кг/год. Епідуральний катетер видалявся на другу добу після оперативного втручання. В подальшому переходили на стандартні методи знеболення з використанням НПЗЗ та ненаркотичних анальгетиків.

У пацієнтів основної групи після початку ЕКА впродовж першої доби біль зник у 13 осіб (що склало 72,2 % від загальної кількості). У 5 осіб (27,8 %), біль залишався, пацієнти відмічали його значне зниження, за ВАШ 2-3 бали. На наш погляд даний стан пов'язаний з недостатністю ЕКА для знеболення стопи. Після проведення ампутації на 3 добу біль не перевищував 2 балів за ВАШ у всіх пацієнтів, фантом виник у 3 з 18 осіб

основної групи на третю добу з інтенсивністю болю до 3 балів, що було пов'язано з рівнем ампутації кінцівки. Як правило, ФБС дають особи, які мали рівень ампутації не нижче найбільш дистального великого суглоба.

Після загоєння рани та припинення виділень з неї для покращення процесу реабілітації рекомендували пацієнтам використовувати ультразвук з новокаїном в кількості 10 сеансів на ділянку кукси та зони оперативного втручання. Також добрий ефект отримали після використання ампліпульса на куксу (найбільший ефект метод дає в перші роки існування фантому), курсом 10 процедур. При тривалому існуванні ФБС з позитивної сторони зарекомендував себе електрофорез з новокаїном та дарсонваль за умови їх чергування.

Важливу роль відіграють ЛФК та масаж, що призводять до ліквідування ішемії в куксі, таким чином відбувається профілактика розвитку неврино. ЛФК повинна включати в себе вправи на розтягнення, комплекс вправ для кульшового суглоба (згинання та розгинання кукси). Масаж може проводити як сам пацієнт, так і спеціаліст шляхом натискання на куксу, поглажування, натискання куксою на матрац ліжка чи подушку з піском чи крупою, таким чином відбувається підготовка кукси до подальшого протезування. Дані процедури пацієнтом виконувались не менше 8-10 раз на добу тривалістю від 2-3 хвилин. Таким чином відбувається не тільки покращення мікроциркуляції в куксі, але і профілактика тромбоутворення.

На різних етапах лікування пацієнтів основної групи проводилась психологічна підготовка та підтримка зі сторони лікаря навіть якщо оперативне втручання носило терміновий характер. Подібна тактика призводила до зниження інтенсивності післяопераційного болю. В після операційному періоді з пацієнтами основної групи працював психолог та лікар, що призвело до прийняття пацієнтом свого нового стану, що в подальшому покращило соціалізацію. Частина пацієнтів змогла повернутися до звичного життя, яке мали до травми, та навіть займатись спортом.

Висновки

1. Формування ФБС за літературними даними відбувається на основі концепції соматосенсорної пам'яті, закріплення якої відбувається за рахунок інтенсивної та тривалої ноцицептивної імпульсації, травматизації нервів, шкірних покривів.

2. В профілактиці ФБС має велике значення адекватне перед- та післяопераційне знеболення, а також психологічна підготовка пацієнта до нових обставин життя.

3. Ризик розвитку ФБС знижувався на 83,3%, якщо оперативне втручання проводиться під епідуральною анестезією з додаванням кетаміну з метою седації, та видалення катетеру не раніше 2 діб після втручання. Значення має також техніка обробки судинно-нервового жмутка та кістки. Обов'язковим компонентом седації було використання кетаміну в дозі 1 мг/кг/год. Епідуральний катетер видалявся на другу добу після оперативного втручання.

Список використаних джерел

1. Давыдов А.Т. Фантомная боль, роль и место различных методов лечения фантомно-болевого синдрома // А.Т. Давыдов и др. / Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2014. Т.№12. №1. С.35–58.
2. Ершова И.Б., Иванов А.С., Шалимов С.А., Прихода Д.В., Устиченко Е.П., Молодых Д.А., Уткин Д.О. Фантомно-болевой синдром – реальная проблема, стоящая перед человеком с ампутированной конечностью // Таврический медико-биологический вестник. 2012. Т.15. №3, ч.2. С. 97–99.
3. Иванов А.С., Шалимов С.А., Прихода Д.В., Скида И.А., Анкудинов С.С., Галузинский Д.Э. Патогенез фантомной боли – первый шаг к пониманию проблемы / Загальна патологія та патофізіологія. 2011. Т.6. №4. С. 18–23.
4. Иванов О.С. Попередження фантомного болю з використанням концепції сомато-сенсорної пам'яті // «Хист», Всеукраїнський журнал молодих вчених. 2012. №14. С. 251.
5. Нарышкин А.Г., Гурчин Ф.А., Самойлов К.А., Кирсанова Г.В., Василевская Л.С., Швец Я.М. Патогенез фантомно-болевого синдрома и его лечение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1989. №8. С.50–53.
6. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Решетняк В.К. Особенности фармакотерапии различных форм течения фантомно-болевого синдрома // Анестезиология и реаниматология. 1995. №2. С.56–59.
7. Овсянников В.Г. Очерки патофизиологии боли. Учебное пособие для студентов и врачей. Ростов-на-Дону:Изд. РГМУ., 2003. 148 с.
8. Рушай А.К. Раннее лечение фантомных болей // Травма. 2013. Т.14, №1. С. 22–24.
9. Ткаченко Д.А., Иванов А.С., Устиченко Е.П., Шевченко А.Р., Александров С.А., Шалимов С.А., Молодых Д.А. Способ обработки кости при ампутациях конечностей // Український медичний альманах. 2012. Т.15. №1. С 146–147.

УДК 616.89-008-02:355.422]-057.36-07(477)

*Данілевська Наталя, к. мед. н.,
кафедра психіатрії, психотерапії, загальної
та медичної психології, наркології та сексології
Запорізький державний медичний університет
Запоріжжя, Україна*

СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТАЦІЙНИЙ ПІСЛЯБОЙОВИЙ СИНДРОМ ЯК ПРОЯВ ВІДСТРОЧЕНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ

Надано клінічний опис соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому, як специфічного психопатологічного стану із відставленим дебютом, асоційованого із участю у бойових діях в зоні АТО/ООС; наведено опис його провокуючих чинників та етіологічного підґрунтя.

Ключові слова: *соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром, бойова психічна травма, психічні розлади, АТО, ООС, бойові дії.*

*Danilevska Natalia, PhD in Medicine
Department of psychiatrics, psychotherapy,
general and medical psychology, narcology and sexology
Zaporizhzhia state medical university
Zaporizhzhia, Ukraine*

SOCIALLY-MALADAPTATION POST-COMBAT SYNDROME AS A MANIFESTATION OF THE LONG-TERM CONSEQUENCES OF PARTICIPATION IN HOSTILITIES

The clinical description of Socially-Maladaptation Post-Combat syndrome is presented, as a specific psychopathological condition with a delayed debut, associated with participation in hostilities in the ATO / OCF; a description of its provocative factors and the etiological background.

Keywords: *Social-Maladaptation Post-Combat syndrome, Combat stress reaction, mental disorders, ATO, OCF, fighting.*

Актуальність дослідження. В Україні з початком бойових дій в окремих районах Донецької та Луганської областей різко зросла захворюваність на психічні розлади серед військового контингенту – учасників Антитерористичної операції (АТО) та Операції об'єднаних сил (ООС) [2, 4]. Не останню роль у сплеску психопатології, яка відноситься до групи бойової психічної травми (Combat stress reaction), відіграє специфічність бойових дій в Україні – їх неконвенційний, гібридний характер із значною долею компоненту «інформаційної війни» [1-3, 6].

Вказана особливість обумовлює не лише зростання кількісних показників розладів психіки, але й якісні їх відмінності.

На сьогодні вже встановлено існування таких нових специфічних форм психопатології, асоційованої із участю в АТО/ООС, як «український синдром», що є варіацією посттравматичного стресового розладу, та «синдром відстроченого післябойового відреагування» – сталий комплекс психопатологічної симптоматики обумовлений хронічним накопиченням невідреагованих деструктивних емоцій, асоційованих із бойовими діями, із відстроченим їх проявленням після виведення військовослужбовця за межі психологічно сприймаємої зони бойового середовища [4, 5, 7, 8]. З означеної групи розладів нами зафіксовано та досліджено «соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром» – психопатологічний стан що розвивається у військовослужбовців на тлі зіткнення із цивільним побутом та розширення соціальних контактів із цивільними особами після повернення із зони АТО/ООС.

Мета дослідження – розширити уявлення про клінічне наповнення та етіопатогенез соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому.

Матеріали дослідження. На базі Запорізького військового госпіталю та кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України з дотриманням принципів біоетики та деонтології та за умов усвідомленої інформованої згоди було обстежено 137 військовослужбовців України, які брали участь в АТО/ООС та звернулися за психіатричною допомогою.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. Серед 137 військовослужбовців із наявністю психопатологічних порушень у 20 осіб (14,60 %), які безпосередньо залучалися до виконання бойових завдань, було виявлено ознаки соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому у вигляді сталого комплексу ізольованої психопатологічної симптоматики, яка включала: підвищене відчуття справедливості, неконформність, конфліктність, егоцентризм, дисфоричність, експлозивність, лабільність емоцій та настрою, емоційне напруження, мимовільне порівняння комбатантами окремих компонентів побуту та міжособистісної взаємодії у цивільному середовищі із наявними у зоні АТО/ООС з наданням переваги останнім, сприйняття зони АТО/ООС у якості більш психологічно

комфортного середовища у контексті соціально-міжособистісної взаємодії; погіршення психічного самопочуття виникало після повернення військовослужбовців із зони АТО/ООС на тлі зіткнення із цивільним побутом та розширення соціальних контактів із цивільними особами, у якості суб'єктивного триггеру дебюту психопатології виступали позабойові фактори та чинники, наявні поза зоною АТО/ООС. Клініко-анамнестичне дослідження дозволило встановити, що перші прояви соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому серед всіх військовослужбовців, у яких було виявлено даний стан, дебютували у військовослужбовців в перші дні після повернення з зони бойових дій у 1 військовослужбовця (5,0 %), через тиждень – у 4 військовослужбовців (20,0 %), через два тижні – ще у 4 військовослужбовців (20,0 %), через три тижні – у 5 військовослужбовців (30,0%), через місяць і більше – у 22 осіб (25,%). Нівелювання психопатологічних симптомів, у разі повернення військовослужбовця до зони АТО/ООС, відбувалося самостійно у короткий проміжок часу; у разі перебування поза зоною АТО/ООС – тривалість симптоматики перевищувала 1 місяць, стан потребував медико-корекційних заходів. Особливості дебюту та клінічної змістовності соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому дозволяють віднести його до групи розладів, асоційованих із участю у бойових діях. У якості основних провокуючих чинників соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому виступають наступні:

- розвиток стану дезадаптації, психологічного відчуження та дисгармонійного сприйняття цивільного побуту й асоційованого з ним інформаційного простору особою, яка стикнулася з реаліями бойової обстановки, за рахунок домінування адаптаційних механізмів до бойового середовища над механізмами адаптації до цивільного життя, пригнічення останніх;

- зміна ціннісних орієнтирів на дисгармонійні реалії цивільного соціального простору під впливом досвіду перебування в умовах бойових дій;

- невідповідність підсвідомо або свідомо очікуваних / омріяних реалій власного життя після повернення з зони АТО/ООС наявним та тлі зниженої здатності до адаптації або психологічної неготовності до їх прийняття;

- психологічно не очікуваний або неприйнятний різкий, прірвоподібний контраст побутового та інформаційного простору, життєдіяльності, вербально-поведінкових практик, світосприйняття

військовослужбовців України у зоні АТО/ООС та цивільних громадян у не залучених до бойових дій областях в рамках однієї країни;

– втрата відчуття емоційно-психологічної єдності у міжособистісних стосунках із цивільними, в тому числі з кола сім'ї та друзів, внаслідок надбання принципово відмінного життєвого досвіду, зміни самосприйняття та світогляду – часто обох зі сторін соціальної взаємодії, – що негативно позначається на міжособистісній / внутрішньосімейній адаптації;

– інформаційний компонент «гібридної війни» та його наслідки, відображені у вербально-поведінкових практиках цивільного населення, які є психологічно неприйнятними для комбатантів, що брали участь у бойових діях в зоні АТО/ООС;

– надцінне сприйняття власної особистості та здобутого життєвого досвіду, підґрунтям яких виступає перенапруження інстинкту самозбереження під час участі у бойових діях, із підсвідомим очікуванням персонально спрямованого перемодифікування вербально-поведінкових та соціальних практик на мікро- й макросоціальному рівні, та розвитком фрустраційно обумовленої дезадаптації за умов його відсутності;

– обумовлена адаптацією до реалій бойовою обстановки втрата здатності до конформності; сприймання власних поглядів й умовисновків як єдино вірних, без критичного їх переосмислення, що вступає у розбіжність із позабойовими реаліями;

– хронічне психоемоційне напруження накопичене під час перебування в зоні бойових дій, яке впливає на психоемоційні сприйняття оточуючого та відповідь на нього;

– стан гіперреактивності нервової системи, що обумовлює сприйняття «підпорогових» провокуючих чинників, які за звичайних умов не є стресогенними, більш гостро, до рівня психотравмуючих.

Висновки. Соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром є станом з групи розладів, асоційованих із участю у бойових діях. Соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром діагностується у 14,60 % учасників АТО/ООС із ознаками психопатологічних порушень. Семіотична структура соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому включає такі прояви як підвищене відчуття справедливості, неконформність, конфліктність, егоцентризм, дисфоричність, експлозивність, лабільність емоцій та настрою, емоційне напруження, мимовільне порівняння комбатантами окремих компонентів побуту та міжособистісної взаємодії у цивільному середовищі із наявними у зоні

АТО/ООС з наданням переваги останнім, сприйняття зони АТО/ООС у якості більш психологічно комфортного середовища у контексті соціально-міжособистісної взаємодії.

В більшості випадках дебют соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому припадає на проміжок часу від 3 до 4 тижнів після повернення комбатантів з зони АТО/ООС.

У якості етіологічного підґрунтя соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому виступають: зміна світосприйняття та адаптаційних механізмів під впливом безпосередньої участі у виконанні бойових завдань, асоційоване із участю у бойових діях хронічне психоемоційне перенапруження та гіперактивність нервової системи, особливості позабойових вербально-поведінкових та соціальних реалій, в тому числі, наслідки «інформаційної війни».

Список використаних джерел.

1. *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers. Field Manual No. 6-22.5. Headquarters, Department of the Army, Washington, DC, 2009. – 100 p.*
2. Богомолець О. В. *Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення. Київ, Нейроньюс, 2017. С.105–112.*
3. Горбулін В. «Гібридна війна» як ключовий інструмент російської геостратегії реваншу // *Дзеркало тижня – Україна. 2015. №2. С. 3.*
4. Данілевська Н. В. Синдром відстроченого післябойового відреагування як один зі станів бойової психічної травми у військовослужбовців, які брали участь в АТО // *Медицинская психология. 2018. Т.13, №2. С. 49-52.*
5. Данілевська Н. В. Сучасні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ // *Медицинская психология. 2018. №3 С. 64–66.*
6. Марута Н.О., Маркова М.В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання // *Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3. С. 21–28.*
7. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // *Український медичний часопис. 2014. № 6 (104). С. 124–127.*
8. Станднік І.В., Мушкевич М.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО) // *Збірник наукових праць РДГУ. 2015. Вип. 4. С. 244–248.*

УДК 616.892/.893-02]-008-07

Казаков Віталій, к. мед. н.,

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,

Харків, Україна

СЕМІОТИЧНІ ТА СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ МУЛЬТИМОРБІДНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО (ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧНОГО) ТА ЕНДОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО (СУДИННОГО) ГЕНЕЗУ

Проведено визначення нозологічної та семіотичної структури та психопатологічних особливостей мультиморбідної патології екзогенно-органічного (віддалений період легкої черепно мозкової травми) та ендогенно-органічного (артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин головного мозку судинної) генезу.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин головного мозку, психічні розлади, мультиморбідність.

Kazakov Vitaliy, PhD in Medicine

SU "Nevrology, psychiatry and narcology institute of NAMS of Ukraine"

Kharkiv, Ukraine

SEMIOTIC AND STRUCTURAL FEATURES OF MULTIMORBID PSYCHOPATHOLOGICAL STATES OF EXOGENIC-ORGANIC (CERBROTRAUMATIC) AND ENDOGENIC-ORGANIC (VASCULAR) GENESIS

The determination of nosological and semiotic structure and psychopathological features of multimorbid pathology of exogenous-organic (distant period of mild traumatic brain injury) and endogenous-organic (arterial hypertension, atherosclerosis of vessels of cerebrovascular brain) genesis had conducted.

Keywords: traumatic brain injury, arterial hypertension, cerebral atherosclerosis, mental disorders, multimorbidity.

Актуальність дослідження. Розлади екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу представляють одну з найбільш значущих проблем сучасної медицини. За поширеністю як серед цивільного населення, так і серед комбатантів черепно мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш частих патологій церебротравматичного генезу. Причинно-наслідкові зв'язки між патологією екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу і психічними порушеннями, які спостерігаються при ній, дійсно складні і залежать від широкого спектру факторів – як тяжкості морфологічного ураження головного мозку та топіки цього ураження, так и впливу коморбідних розладів, перш за все ендогенно-органічного (судинного) генезу. В цьому контексті повстає питання про необхідність виключення або доведення мультиморбідних

впливів на виникнення психопатологічних розладів у осіб із церебротравматичною патологією [1 – 5].

Мета дослідження – встановити семіотичні та структурні особливості психопатологічних порушень в осіб із органічним ураженням головного мозку в залежності від генезу патології – екзогенно-органічного (церебротравматичного) чи ендогенно-органічного (судинного).

Матеріали дослідження. Були обстежені хворі із наявністю мультиморбідної патології екзогенно-органічного та ендогенно-органічного (судинного) генезу, які проходили обстеження та лікування з 2012 р. по 2019 р. на базах Сватовської обласної психіатричної лікарні, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМНУ», Луганської обласної клінічної психіатричної лікарні, КУ «Сватівська обласна психіатрична лікарня» ЛОР, КУ «Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ЛОР, КУ «Луганська обласна психіатрична лікарня» ЛОР, КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР. До першої групи дослідження (ГД-1) увійшли 93 осіб із наявністю психічної патології екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу (віддалений період легкої черепно мозкової травми) та без патології екзогенно-інтоксикаційного (інфекційного) і ендогенно-органічного (судинного) генезу; середній вік у групі становив $48,9 \pm 2,5$ років. З них до ГД-1.1 увійшли 33 хворих, у яких психопатологічна симптоматика нозологічного рівня розвинулась від 2 до 3 місяців після ЧМТ, до ГД-1.2 увійшли 60 осіб, у яких психопатологічна симптоматика нозологічного рівня розвинулась через 3 роки і більше після ЧМТ. До другої групи дослідження (ГД-2) увійшли 84 особи із наявністю психічної патології екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу (віддалений період легкої черепно мозкової травми), виниклої на тлі ендогенно-органічної (артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин головного мозку) патології; середній вік у групі становив $48,9 \pm 2,5$ років. З них до ГД-2.1 увійшли 32 хворих, у яких психопатологічна симптоматика нозологічного рівня розвинулась від 2 до 3 місяців після ЧМТ, до ГД-2.2 увійшли 52 хворих, у яких психопатологічна симптоматика нозологічного рівня розвинулась через 3 роки і більше після ЧМТ. До першої групи порівняння (ГП-1) увійшли 50 умовно здорових осіб; середній вік у групі становив $48,9 \pm 2,5$ років. До другої групи порівняння (ГП-2) увійшли 70 осіб із наявністю патології ендогенно-органічного (судинного) генезу (артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин головного мозку судинної) та без патології екзогенно-органічного (церебротравматичного) або екзогенно-

інтоксикаційного (інфекційного) генезу; середній вік у групі становив $48,9 \pm 2,5$ років. Методи дослідження: клініко-анамнестичне, психопатологічне, психодіагностичне, катамнестичне, статистичні методи.

Результати дослідження. Встановлено наступні відмінності груп за нозологічним складом. В ГД-1.1 та ГД-2.1 нозологічний рівень психопатології був представлений переважно посткомоційним синдром. В ГД-1.2 домінуючою нозологічною одиницею виступав розлад особистості і поведінки (30,00%). В ГД-2.2 найбільш часто діагностувався розлад особистості та поведінки (30,77%), який за частотою встановлення співпадав із показниками ГД-1.2, та деменція (19,23%), за частотою діагностування якої ГД-2.2 достовірно відрізнялася від ГД-1.1 (11,67%) та ГП-2 (4,29%). В ГП-2 найросповсюдженішими розладами були органічні афективні розлади, переважно депресивного спектру (21,43%) та органічний шизофреноподібний розлад (20,00%), розлад особистості та поведінки також діагностувався, але в майже наполовину меншій кількості (17,14%), ніж в ГД-1.2 та ГД-2.2. В ГП-1 психічні розлади були відсутні.

Незалежно від характеру продуктивної психопатології, в усіх хворих ГД-1.2 та ГД-2.2 відзначалася «наскрізні» симптоми різного ступеня виразності, такі як астенична симптоматика, диссомнічні порушення, когнітивне зниження, яке виявлялося в широкому діапазоні від незначно вираженого психоорганічного синдрому до деменції.

Як вдалося встановити з анамнезу, виникнення інсомнії служило предиктором погіршення психічного стану хворих. Нерідко безсоння було початковим симптомом в складному симптомокомплексі психопатологічної симптоматики. Тяжкість інсомнії корелювала з тяжкістю психопатології.

Серед всіх хворих з деменцією нозологічного рівня з ГД-1.2 в 1 особи – 1,67% виявлялася лакуарна деменція, в 6 осіб – 10,0% – тотальна деменція, яка досягала помірного ступеня виразності, в той час, як з ГД-2.2 у всіх хворих (7 осіб – 11,67%) діагностувалося тотальна деменція помірного та тяжкого ступеня виразності; в ГП-2 1 особи – 1,43 страждали на лакуарну деменцію, 2 осіб – 2,86% – на тотальну деменцію легкого ступеня виразності. Що свідчить про кумулятивний вплив органічної патології на виразність порушень когнітивних функцій.

Встановлено наявність взаємосполучення тривожно-депресивного синдрому із рядом асоційованої симптоматики в ГД-1.2 та ГД-2.2. В ГД-1.2 депресивний синдром виявлявся у 15 осіб (25,0%), тривожний – у 11 осіб (18,3%), їх особливість полягала у насиченому аранжуванні та

взаємопереплетінні симптоматики із компонентами експлозивності та дисфоричності; галюцинаторна та маячна симптоматика не чинила настрійобумовлюючого впливу на психічний стан хворих, навпаки, саме патологія емоційної сфери виступала у якості ініціюючого чиннику для формування вторинного несистематизованого, переважно уривчатого маячіння. В ГД-1.2 вміст галюцинаторного синдрому був обумовлений переважно вербальними справжніми галюцинаціями (4 осіб – 6,67%) у вигляді окликів, стукоту у двері, дзвінків та у 2 осіб (3,33%) поєднувався із вербальними псевдогалюцинаціями у вигляді неясного шепіту, розмов знайомих людей без чіткої локалізації у просторі.

В ГД-2 розлади афективного рівня мали менше різноманіття і базувалися переважно на порушеннях мислення та астенічній симптоматиці, яка була стурктурностворююча для інших афективних порушень – були характерні маніоформно-параноїдний (1 особи – 1,92%), депресивно-параноїдний (1 особи – 1,92%), астено-депресивний (2 осіб – 3,85%) синдроми, які поєднувалися, із експлозивністю та дисфоричними реакціями, більш швидкоминущими, ніж в ГД-1. Галюцинаторна симптоматика у період психотичних станів у даній групі хворих виявлялася лише у якості субделіріозних та субнейроїдних станів переважно побутового змісту при деменціях: хворі переважно бачили загиблих родичів та знайомих, з якими розмовляли, неясні силуети сусідів чи грабіжників, які мовчки пересувалися по кімнатах.

Ізольований тривожний розлад для хворих ГД-1 та ГД-2 не був характерним, на відміну від ГП-2, де виявлявся у 2 осіб (2,82%).

Особливістю афективної симптоматики в ГП-2 виступало аранжування соматичними проявами, які домінували над патологічним настроєм, затьмарювали його, та поєднувалися із емоційною лабільністю та маніпулятивною поведінкою у вигляді награної дизаггровації або дисимуляції які мали швидкоплинний характер: від гіперболізованої аггровацією до демонстративної байдужості до стану свого здоров'я.

Для хворих були характерні тривожно-тужлива ажитована сенестопатична депресія, соматизована меланхолічна депресія, астено-іпохондрична депресія, тривожно-тужлива депресія, тривожно-фобічна депресія.

Ізольований маячний синдром у всіх випадках (ГД-1, ГД-2) був представлений ідеями відношення та шкоди переважно побутового змісту.

Шизофреноподібні розлади в ГД-1 та ГД-2 відрізнялися «бідністю» розмаху маячіння та стертістю, не стабільністю симптоматики, в той час, як

в ГП-1 клінічна картина їх була яскрава, включала елементи парафренного синдрому та у 1 хворого (1,43%) доходила до рівня розгорнутої експансивної парафренії. Що свідчить на користь наявності імажійно-особистісних резервів для маячіння у хворих на судинну патологію, в той час, як у хворих на екзогенно-органічну патологію такий субстрат збіднений.

Звертало на себе увагу, що розлади потягів у більшій мірі були притаманні хворим з ГД-1: булімія виявлялася у 2 осіб – 3,33%, анорексія у 17 осіб – 28,33%; у меншому числі випадків в ГП-2 – по 1 хворому – 1,43%; та не були характерними для осіб з ГД-2. Майже така ж сама динаміка спосерігалася щодо суїцидальних тенденцій: в ГД-1 та ГП-2 вони виявлялися в 8,33% та 10,00% відповідно, та не були характерні для ГД-2.

Сенестопатії не були характерні для досліджуваної категорії хворих і виявлялися лише в 4 осіб: в ГД-1 виявлялися у 2 осіб і локалізувалися переважно в кінцівках і у області серця тягнучого, колючого та пульсуючого характеру, в ГД-2 – у 1 хворого у голові у вигляді «стягування, важкості, пульсації», в ГП-2 – у 1 особи у вигляді печії, жару, розпирання, тягнучого болю у спині; у всіх випадках неприємні відчуття були не постійними за силою виразності, мігруючого характеру та характеристик, але виключно в межах першовказаної зони локалізації.

Звертала на себе увагу схильність до зловживання спиртвмістними напоями із парадоксальним реагуванням на алкоголь в ГД-1 (19 осіб – 31,67%) та в ГД-2 (8 осіб – 15,38%), яке до ЧМТ не було характерним для хворих, що достовірно відрізнялося від ГП-2, де зловживання спиртними напоями не відзначалося. Відмінність ГД-1 полягала також у вживання 6 хворими (10,00%) наркотичних речовин, що було не притаманне іншим групам.

Висновки. У осіб із розладами екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу домінуючою нозологічною одиницею виступав розлад особистості і поведінки, тоді як у осіб із патологією ендогенно-органічного (судинного) генезу найросповсюдженішими розладами були органічні афективні розлади, переважно депресивного спектру (21,43%) та органічний шизофреноподібний розлад (20,00%), розлад особистості та поведінки також діагностувався, але в майже наполовину меншій кількості (17,14%), ніж в ГД-1. Основною відмінністю семіотичного континууму психопатологічної симптоматики у осіб із розладами екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу від ендогенно-органічного (судинного) генезу було складне переплетення ряду

симптомів, що відносяться до різних психопатологічних реєстрів, що часто унеможлиблює точне віднесення симптоматики до певного реєстру, а тако ж дисфоричне її аранжування.

Екзогенно-органічна патологія здатна провокувати загострення передиспонує рис особистості та набуття нових патоперсонологічних рис до нозологічного рівня на 14,21% частіше, ніж ендогенно-органічна, – при цьому кумулятивний вплив ендогенно-органічної патології за кількісними показниками відсутній, – та притупляти виразність продуктивної симптоматики в $\frac{1}{2}$ від показників хворих на ендогенно-органічну патологію, а також призводити до розвитку амнестичного синдрому, розвиток якого не був характерним для хворих на ендогенно-органічну патологію без екзогенної обтяженості. Особливістю поєднання екзогенно-органічної та ендогенно-органічної патології є більш виражений когнітивний дефіцит, який досягає рівня деменції (19,23%), менша частота виникнення продуктивної симптоматики нозологічного рівня, а також зсув патоперсонологічних рис у бік взаємопотенціюючих переплетінь.

Список використаних джерел.

1. Petrenko M., Grabovetskii S. Analysis of the connection of the concentration of iron in basal nuclei with cognitive impairments in patients with hypertension and atherosclerotic encephalopathy in the study of changes in the magnetic susceptibility of the subcortical structures of the brain // *East European journal of Neurology*. 2018. №3(21). P.19-25.
2. Бовт Ю.В., Коршняк В.О., Сухоруков В.І. Клініко-неврологічні аспекти закритої черепно-мозкової травми, обумовленої вибуховою хвилею, в гострому періоді // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т.23, Вип. 2 С.106-107.
3. Городник Г.А. Деякі особливості патогенезу набряку-набухання головного мозку та обґрунтування оптимальної фармакотерапії при тяжкій черепно-мозковій травмі // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2013. №2. С.68-77.
4. Данілевська Н.В. Сучасні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ // *Медицинская психология*. 2018. №3(51). С.64-66.
5. Данилова М.В., Лыщенко Д.В. Течение постконтузионного синдрома при боевой травме головного мозга // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т.23, Вип. 2. С.106-107. – С.108.

УДК 617:001.83(477+71)

Гербіш Юрій,
начальник клініки оториноларингології і офтальмології
Семчишин Ігор,
лікар-оториноларинголог, начальник відділення оториноларингології клініки
Панченко Віталій
лікар-хірург, оториноларинголог відділення оториноларингології клініки
Дмитрах Оксана
лікар-оториноларинголог відділення оториноларингології клініки
Клініка оториноларингології і офтальмології
Військово-медичний клінічний центр Західного регіону
Семенюк Олександр
к. мед. н., асистент кафедри оториноларингології
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОЇ СПІВПРАЦІ ІЗ КАНАДСЬКОЮ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЮ КОМАНДОЮ ФАХІВЦІВ

Анотація. У статті описано досвід канадсько-української хірургічної освітньої співпраці між оториноларингологами, пластичними, реконструктивними і краніо-фаціальними хірургами із Sunnybrook Health Science Centre і лікарями Військово-медичного клінічного центру Західного регіону.

Ключові слова: пластична хірургія, реконструктивна хірургія, співпраця, Україна-Канада, Торонто, ринопластика, військова хірургія, бойові травми, Sunnybrook Health Science Centre.

Herbish Yuriy, Head of otorhinolaryngology and ophthalmology clinic
Semchyshyn Ihor, head of the otorhinolaryngology department
Panchenko Vitaliy, surgeon, otorhinolaryngologist
Dmytrach Oksana, otorhinolaryngologist
Otorhinolaryngology and ophthalmology clinic
Military-medical clinical centre of the Western Region
Semenyuk Oleksandr, PhD in Medicine, assistant professor
Department of Otorhinolaryngology
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Lviv, Ukraine

EXPERIENCE OF SURGICAL COOPERATION WITH THE CANADIAN MULTIDISCIPLINARY TEAM OF SPECIALISTS

Abstract. The article describes the experience of Canadian-Ukrainian surgical educational cooperation between otolaryngologists, plastic, reconstructive and maxillofacial surgeons with Sunnybrook Health Science Center and doctors of the Military Medical Clinical Center of the Western Region.

Keywords: plastic surgery, reconstructive surgery, cooperation, Ukraine-Canada, Toronto, rhinoplasty, military surgery, combat injuries, Sunnybrook Health Science Centre.

Актуальність. Сучасна медицина – дуже наукомістка і матеріаломістка спеціальність, стрімкість розвитку якої можна порівняти навіть з інформаційними технологіями та наукою, з якими вона нерозривно пов’язана [3, с. 356]. Тепер серед пріоритетів – мікротехнології [3, с. 253] і роботизована хірургія [4, с. 1857]. Водночас тривала ізоляція української медицини “залізною завісою” від поточних досягнень науки і техніки штучно стримувала її розвиток, внаслідок чого сформувався певний розрив у порівнянні із закордонними фахівцями, в т.ч. північноамериканськими. Потужна комерціалізація медицини США і Канади, незважаючи на її орієнтування на пацієнтів [2, с. 252], у поєднанні із їх високовартісним медичним устаткуванням [1, с. 898-899] сповільнює можливості вирівнювання медичного забезпечення.

Центр краніо-фаціальної хірургії в у Дослідницькому центрі здоров’я Саннібрук (Sunnybrook Health Science Centre) – один із найбільших мультидисциплінарних центрів надання хірургічної допомоги у всій Північній Америці. Співпраця відбувається завдяки Канадсько-Українській фундації (Canada-Ukrainian Foundation – CUUF), заснованої під час 18-го Канадського Конгресу Українців (UCC) для координування, розвитку, організації і підтримки проєктів, створених громадянами Канади для допомоги Україні [5, с. 1].

Мета. Інформування медичної спільноти про досвід хірургічної співпраці Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (ВМКЦ ЗР) із мультидисциплінарною командою хірургів з Канади на прикладі відділення оториноларингології клініки оториноларингології і офтальмології у період 25.10-3.11.2019 року, розповсюдження позитивного досвіду навчання сучасним хірургічним підходам в реконструктивній хірургії голови і шиї.

Матеріали і методи. Після консультацій разом із канадськими колегами до хірургічного лікування відібрано 6 пацієнтів громадян України, серед яких 5 військовослужбовців (в/с) і 1 цивільний. Всі травми вони отримали внаслідок бойових дій в зоні проведення Операції Об’єднаних Сил (ООС). В структурі патології: 1 пацієнт із травматичною ампутацією носа, 1 – із травматичною ампутацією верхньої третини вушної раковини, решта – із посттравматичними деформаціями зовнішнього носа. Бригада канадських медиків складала із 6 хірургів: доктор Олег Антонішин (MD, FRCS(C)) – лідер команди – у сфері клінічних інтересів - усі аспекти хірургії обличчя, включаючи пластику, реконструкцію лица та краніо-максило-фаціальну хірургію; доктор Тара

Лінн Тешіма (MD, MSC, FRCSC) – краніо-фаціальні травми, рак шкіри та судинні мальформації; доктор Стівен МакКейб (MD, MSc, FRCSC) – травми верхніх кінцівок, компресії нервів та артрити; доктор Кевін М. Хіггінз (MD) – оториноларинголог; доктор Денні Дж. Енепекідес (MD, FRCSC, MPH) – хірургічна онкологія голови і шиї, мікрovasкулярна реконструктивна хірургія, ендокринна хірургія; доктор Джошуа Десеррес (MD, FRCSC) – пластична хірургія. До складу бригади увійшли також 2 анестезіолога і 3 медичних операційних сестри. Для успішної роботи лікарі привезли з собою і багато інструментів, обладнання й розхідних матеріалів, які залишаються для роботи під час подальших місій.

Результати та їх обговорення. 5 пацієнтів було прооперовано в ВМКЦ ЗР, 1 – на базі КНП «8-а міська клінічна лікарня м. Львова». Усі пацієнти були працездатного віку до 40 років. Тривалість усіх оперативних втручань становила 2,5-3 години. Усі ринопластики виконувалися «відкритим» методом. У 2 пацієнтів застосовувалася техніка автопротезування: 1 пацієнту взяли автотрансплантат із ребра, 1 пацієнту для корекції сідлоподібної деформації носа – із клубової кістки. 1 пацієнту із післяопіковим ураженням провели пластику клаптом шкіри на ніздрі, взятим із лобної ділянки.

В післяопераційному періоді у одного пацієнта виникла гематома зовнішнього носа, яка була розкрита. Інших ускладнень не спостерігалось.

На 7 день пацієнтам проводили знімання швів, фіксуючих лонгет (якщо застосовувалися). Спостерігалася позитивна динаміка відновлення функції носа. Тривалість післяопераційного перебування пацієнтів у стаціонарі становила 7 днів. В подальшому пацієнти мають зробити контрольні візити через 1 та 3 міс для фотофіксації результатів і передачі даних канадських хірургам.

Висновки. Усі пацієнти, яким проводилися реконструктивні і пластичні операції, залишились задоволеними результатами та своїм зовнішнім виглядом. Лише в 1 випадку спостерігалось післяопераційне ускладнення у вигляді гематоми, яка була розкрита. Медичний персонал ВМКЦ ЗР не лише спостерігав, але і активно залучався до операцій і лікування пацієнтів. Така співпраця дуже важлива для персонального і колективного росту працівників, освоєння нових і покращення існуючих технік хірургічного лікування складних пацієнтів, які з'являються в умовах ведення активних бойових дій.

Поточний візит канадської мультидисциплінарної команди фахівців – перша із запланованих у 3-річній програмі співпраці. За місію взято

забезпечити хірургів декількох медичних установ Львівщини (в т.ч. – ВМКЦ ЗР) інноваційними навичками і техніками, спонукати вдосконалювати клінічні знання у форматі клінічних консультацій, хірургічних операцій, стажування та настановчих візитів. В подальшому планується нарощення потенціалу української системи охорони здоров'я шляхом освітніх заходів й інтенсивних тренувань.

Список використаних джерел

1. Carlos, S., de Irala, J., Hanley, M., & Martínez-González, M. Á. (2014). The use of expensive technologies instead of simple, sound and effective lifestyle interventions: a perpetual delusion. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(9), 897–904. doi:10.1136/jech-2014-203884.
2. Carniol, P. J., Heffelfinger, R. N., & Grunebaum, L. D. (2018). Evaluating New Technology. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, 26(2), 253–257. doi:10.1016/j.fsc.2017.12.009.
3. Cima, M. J. (2011). Microsystem Technologies for Medical Applications. *Annual Review of Chemical and Biomolecular Engineering*, 2(1), 355–378. doi:10.1146/annurev-chembioeng-061010-114120.
4. Stefano, G. B. (2017). Robotic Surgery: Fast Forward to Telemedicine. *Medical Science Monitor*, 23, 1856–1856. doi:10.12659/msm.904666.
5. Матеріали I хірургічного симпозиуму у співпраці Саннібрук – Львів. // Львів, 31 жовтня 2019 р. 12 с.

УДК 616.33.34-002-055.1

Януль Александр

заместитель начальника кафедры военно-полевой терапии военно-медицинского факультета в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Силивончик Наталья

д.м.н., профессор, профессор кафедры общей врачебной практики
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Беларусь

КУРЕНИЕ – ОДИН ИЗ ВЕРОЯТНЫХ И УСТРАНИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЭРОЗИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЕПСИЕЙ

Аннотация: В статье представлен анализ одного из вероятных и устранимых факторов риска в развитии эрозий слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у военнослужащих срочной военной службы. Частота гастродуоденальных эрозий у курящих – 30,5% (95% ДИ 23,5–38,5), у некурящих – 11,8% (95% ДИ 6,4–21,0; $\chi^2=8,44$, $p=0,004$).

Ключевые слова: диспепсия, эрозии, слизистая оболочка желудка, курение.

Yanul Aleksandr¹

¹*Deputy Head Of The Department of Military Field Therapy of Military Medical Faculty at the Educational Institution "Belarusian State Medical University"*

Silivontchik Natalia²

²*Professor, DrSc, Professor of the General Medical Practice Department SEE "Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education"*

Minsk, Belarus

SMOKING IS ONE OF THE PROBABLE AND ELIMINABLE RISK FACTORS OF GASTRODUODENAL EROSION IN PATIENTS WITH DYSPEPSIA

Abstract: *The article presents an analysis of one of the probable and removable risk factors in the development of erosion of the mucous membrane of the stomach and duodenum in military personnel. The frequency of gastroduodenal erosion in smokers is 30.5% (95% CI 23.5–38.5), in non-smokers – 11.8% (95% CI 6.4–21.0; $\chi^2 = 8.44$, $p = 0.004$).*

Key words: *dyspepsia, erosion, gastric mucosa, smoking.*

Частота эрозий слизистой оболочки (СО) желудка (К. Toljamo, 2012) у бессимптомных лиц колеблется от 3 до 12 % (в среднем – 7 %), у пациентов с симптоматикой – от 4 до 49 % (в среднем – 15 %) [17]. По данным Zullo A. и соавт. (2014) распространенность эрозий в Италии среди взрослых пациентов с диспепсией составила: желудка – 14,2 %, двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 4,7 % [15]. В исследованиях последних лет отмечается тенденция к увеличению частоты гастродуоденальных эрозий (ГДЭ) и их осложнений, прежде всего кровотечений [7, 11, 13, 14, 16]. Отражение важности проблемы – ее освещение в Глобальном Киотском согласительном документе, где приводится определение эрозии (поверхностные дефекты размеров ≤ 3 мм или < 5 мм) и подтверждается, что с учетом результатов исследований и практических наблюдений эрозии необходимо классифицировать отдельно от гастрита [19]. У значительной части пациентов традиционных причин ГДЭ не отмечается. Так, согласно данным Европейского многоцентрового исследования (N. Kalach и соавт., 2010) у 43 % детей с язвами и эрозиями отсутствовали факторы риска [9]. Исследователи в качестве факторов риска ГДЭ также называют табакокурение, употребление алкоголя, вирус простого герпеса, сахарный диабет II типа, применение некоторых лекарственных средств (препаратов железа, ингибиторов обратного захвата серотонина), дуоденогастральный рефлюкс (воздействие желчных кислот) [11, 13, 16]. Кроме того, описано несколько морфологических форм эрозий, встречающихся после эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*): плоские, приподнятые, геморрагические, имеющие вид

кровотокащих пятен. Данные эрозии локализуются в антральном отделе и предположительно могут быть связаны с гиперацидностью после эрадикационной терапии [3].

Табакокурение является одним из основных и устранимых факторов риска развития неинфекционных заболеваний, их осложнений и преждевременной смертности. Мировой опыт и практика показывают, что для достижения результата нужны не тотальные запреты, а продуманный комплекс мер. Административные ограничения должны органично сочетаться с различного рода стимулами, поощрениями и информационной работой. Основная роль в решении данного вопроса отводится медицинским работникам. С **27.07.2019 в Республике Беларусь** вступил в силу **Декрет № 2**. Основной его целью является предотвращение негативного влияния курения на состояние здоровья настоящего и будущих поколений, создание условий для защиты здоровья граждан нашего государства.

Цель – оценить один из вероятных факторов риска (курение) эрозий СО желудка у военнослужащих срочной военной службы.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 217 мужчин в возрасте 18–26 лет с симптомами диспепсии из числа военнослужащих срочной военной службы, прошедших обследование в государственном учреждении «223-й центр авиационной медицины ВВС и войск ПВО» (ГУ «223 ЦАМ») и государственном учреждении «432-й Главный военный клинический медицинский центр Министерства обороны Республики Беларусь» (ГУ «432 ГВКМЦ») в период 2010–2013 гг. При выполнении работы соблюдались этические принципы проведения биомедицинских исследований, одобренные этическим комитетом ГУ «432 ГВКМЦ».

Дизайн исследования

Одномоментное (поперечное) сравнительное исследование по установлению факторов риска ГДЭ; участники – 52 военнослужащих с ГДЭ; группа сравнения – 165 пациентов без эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП).

Критерии включения: возраст от 18 до 26 лет; период срочной военной службы; наличие жалоб, отвечающих критериям диспепсии согласно Римскому Консенсусу II (1999); первое самостоятельное обращение по поводу диспепсических жалоб; подписанное информированное согласие пациента на участие в исследовании;

выполненная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией СО желудка.

Критерии исключения: **отсутствие хотя бы одного критерия включения.**

Медиана возраста (Me), минимальное и максимальное (Min–Max) значение в выборке военнослужащих при включении в исследование составила 21 (18–26) год. Во время визита в ГУ «223 ЦАМ» проводилась стандартизованная оценка жалоб согласно Римскому Консенсусу II (1999), с последующим заполнением анкет. Изучался анамнез заболевания до призыва на срочную военную службу и медицинская документация (возраст дебюта, результаты обследования, в том числе в период призывной кампании, лечение). Оценивались возможные факторы риска: курение, работа на радиолокационных станциях с источниками электромагнитного излучения (ЭМИ) сверхвысокочастотного диапазона (СВЧ-диапазона), период адаптации военнослужащих к условиям службы (первые 3 месяца после призыва на срочную службу).

Специальные методы исследования включали: инструментальный – ЭГДС с эндоскопической оценкой СО верхнего отдела желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) согласно Z. Mařatka и соавт. (2011) [18]; морфологический – исследование образцов СО желудка проводилось с окраской гематоксилином и эозином, инфекцию *H. pylori* определяли морфологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе, при помощи световой микроскопии по 4-уровневой ВАШ (M.F. Dixon, 1996) [1, 8]. Биопсию СО желудка выполняли из 5 мест (два – из тела, два – из антрального отдела желудка, один из угла желудка по малой кривизне). При ГДЭ биопсия выполнялась вне зоны углубленных поражений.

Режим курения оценивали по следующим критериям: стаж курения; количество выкуренных сигарет в сутки. Вычисляли индекс курильщика (ИК) по формуле: число выкуренных сигарет за сутки × общий стаж курения (годы) : 20 = пачка/лет (Global initiative for Obstructive Lung Disease – GOLD-1998) [10].

Статистическая обработка. Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет прикладных программ «STATISTICA-10» (лицензионный номер BXXR207F38502FA-D) [6]. Применяли описательную статистику (медиана – Me, 25 квартиль – P25, 75 квартиль – P75, частота признака в абсолютных и относительных величинах в процентах с 95% доверительным интервалом – 95% ДИ). Описание бинарных признаков осуществлялось с помощью относительных

частот (%) с 95% ДИ, сравнительный анализ – при помощи критерия χ^2 Пирсона. Рассчитывался относительный риск (RR), разность рисков (RD) и 95% ДИ для RR вычислялся по методу Katz [12]. При оценке факторов риска рассчитывался показатель Number Need to Harm (NNH) – число пациентов, которые подвергнуты фактору риска, чтобы получить один исследуемый исход (ГДЭ). Отличия считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Для уточнения вероятных факторов риска ГДЭ исследованы частота контаминации СО желудка инфекцией *H. pylori*, а также дополнительные обстоятельства: курение, период адаптации (первые 3 месяца службы), работа с источниками ЭМИ СВЧ-диапазона (время работы до 2 лет) (таблица 1).

Таблица 1.

Частота вероятных факторов риска эрозий гастродуоденальной слизистой оболочки у военнослужащих

Факторы риска	Пациенты с ГДЭ (n=52)		
	абс.	%	95% ДИ
<i>H. pylori</i>	39	75,0	61,2–84,8
Курение	43	82,7	70,3–90,6
Период срочной военной службы первые 3 месяца	15	28,9	18,3–42,3
ЭМИ СВЧ-диапазона (время работы до 2 лет)	7	13,5	6,7–25,3

Частота контаминации СО желудка *H. pylori* в группе военнослужащих с ГДЭ составила 75,0%, что превышало частоту инфицирования у военнослужащих с диспепсией без ЭЯП (61,2%; 95% ДИ 53,6–68,3), однако недостаточно статистически значимо ($\chi^2=3,28$, $p=0,07$).

Проведен расчет относительного риска (RR) ГДЭ при наличии изучаемых вероятных факторов риска (таблица 2).

Частота ГДЭ в группе инфицированных *H. pylori* была выше, однако различия в группах с/без инфекции были недостаточно статистически значимы; расчетный относительный риск развития ГДЭ оказался равным 1,7, но 95% ДИ (0,9–2,9) нивелировал его значимость.

При всеобщем признании роли инфекции *H. pylori* для ЭЯП верхнего отдела ЖКТ литературные данные неоднозначны. Так, по данным К. Toljamo и соавт. (2011), эрозии в желудке наблюдали в основном у *H. pylori*-позитивных пациентов, однако различия с неинфицированными были статистически незначимы [11]. Согласно результатам исследования С.Б. Папко (2007) при эрозиях СО желудка у подростков инфекция

H. pylori отсутствовала у 37,0% [5]. По результатам М.Р. Конорева (2002), у взрослых эрозии ДПК выявлены в 18,8%, а контаминация СО луковицы ДПК инфекцией *H. Pylori* – у 31,3%, желудка – у 62,5% [4].

Таблица 2.

**Вероятные факторы риска гастродуоденальных эрозий у
военнослужащих с диспепсией**

Факторы риска	n	Частота эрозий при наличии фактора			n	Частота эрозий при отсутствии фактора			χ^2 (p)	RR (95% ДИ)	NNH (95% ДИ)
		абс .	%	95% ДИ		абс .	%	95% ДИ			
<i>H. pylori</i>	140	39	27,9	21,1–35,8	77	13	16,8	10,1–26,8	3,28 (0,07)	1,7 (0,9–2,9)	–
Курение	141	43	30,5	23,5–38,5	76	9	11,8	6,4–21,0	8,44 (0,004)	2,6 (1,3–4,9)	5 (3–9)
ЭМИ СВЧ-диапазона, (продолжительность работы до 2 лет)	24	7	29,2	14,9–49,2	193	45	23,3	17,9–29,8	0,14 (0,71)	1,3 (0,6–2,4)	–

У курящих военнослужащих частота ГДЭ достигала 30,5% и статистически превышала аналогичный показатель группы некурящих (11,8%). Курение повышало риск ГДЭ в 2,6 раза (95% ДИ 1,3–4,9), а расчет значения NNH показал, что в среднем из 5 военнослужащих, которые курят, у одного следует ожидать развития эрозий. Согласно результатам опроса стаж курения военнослужащих с ГДЭ – от 4,5 до 7 лет, интенсивность – 12 сигарет в сутки; медиана индекса курильщика – 2,45 пачка/лет (0,75 – 5,6) (Min – Max). По данным ряда авторов, отмечается связь эрозивных поражений СО желудка с курением [11, 16].

Анализ других факторов (работа с источниками ЭМИ СВЧ-диапазона; период срочной военной службы первые 3 месяца – период адаптации [2]) не выявил их значимой роли в развитии ГДЭ в изучаемой группе военнослужащих.

Вывод

1. Частота ГДЭ у курящих – 30,5% (95% ДИ 23,5–38,5), у некурящих – 11,8% (95% ДИ 6,4–21,0; $\chi^2=8,44$, $p=0,004$), риск ГДЭ у курящих повышен в 2,6 раза (95% ДИ 1,3–4,9; NNH=5; 95% ДИ 3–9; минимальное значение индекса курильщика – 0,75 пачка/лет (медиана – 2,45 пачка/лет)).

Список використаних джерел

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.И., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада-Х, 1998. 496 с.
2. Военно-полевая терапия: учебник / А. А. Бова [и др.]; под ред. А. А. Бова, А. С. Рудого. Минск: Новое знание. 2017. 495 с.: ил.
3. Горгун Ю.В. Мараховский Ю.Х. Хронический хеликобактерный гастрит: основные положения Всемирной Киотской глобальной консенсусной конференции (2014) Семейный доктор. 2016. № 4. С. 54–60.
4. Конорев М.Р. Геликобактерный дуоденит: монография. Витебск: ВГМУ, 2002. 108 с.
5. Папко С.Б., Сивцов И.А. Эрозивная гастропатия у подростков // Здоровоохранение. 2007. № 4. С. 29–33.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа Сфера, 2002. 312 с.
7. Соловьева, Г.А. Эрозии желудка – отдельная нозологическая форма или универсальная реакция слизистой оболочки на повреждение? // Внутр. медицина. 2007. № 3. С. 11–15.
8. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994 / M. F. Dixon [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. 1996. Vol. 20, № 10. P. 1161–1181.
9. Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study / N. Kalach [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2010. Vol. 22, № 10. P. 1174–1181.
10. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): Updated 1998. [Електронний ресурс]. URL: <http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11316667>. Дата доступа: 22.12.2013.
11. Histopathology of gastric erosions. Association with etiological factors and chronicity / K. Toljamo [et al.] // Helicobacter. 2011. Vol. 16, № 6. P. 444–451.
12. Katz, P. O. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease / P. O. Katz, L. B. Gerson, M. F. Vela // Am. J. Gastroenterol. 2013. Vol. 108, № 3. P. 308–328.
13. Prepyloric erosions: an entity of its own among erosive gastric lesions. A morphologic and dynamic study of gastric mucosa in patients with gastric erosions / A. L. Karvonen [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. 1987. Vol. 22, № 9. P. 1095–1101.
14. Talley, N. J. Impact of functional dyspepsia on quality of life / N. J. Talley, A. L. Weaver, A. R. Zinsmeister // Dig. Dis. Sci. 1995. Vol. 40, № 3. P. 584–589.
15. The Prevalence of lesions detected at upper endoscopy: an Italian survey / A. Zullo [et al.] // Eur. J. Intern. Med. 2014. Vol. 25, № 8. P. 772–776.
16. Tobacco smoking and gastric cancer: Review and meta-analysis / J. Trédaniel [et al.] // Int. J. Cancer. 1997. Vol. 72, № 4. P. 565–573.
17. Toljamo, K. Gastric erosions – clinical significance and pathology. A long-term follow-up study. Oulu: Finland. Acta. Univ. Oul. D., 2012. 98 p.
18. Wayne, J. D. Digestive endoscopy: terminology with definitions and classifications of diagnosis and therapy / J. D. Wayne, Z. Mařatka, J. R. Armengol Miró. Bad Homburg: NORMED Verl., 2011. 222 p.
19. Yeomans N.D., Naesdal J. Systematic Review: ulcer definition in NSAID ulcer prevention // Aliment. Pharamcol. Ther. 2008. Vol. 27, № 6. P. 465–472.

УДК 614.2

Тімченко Євген, асистент кафедри
Олійник Петро, д.фарм.н., доцент, професор кафедри
Євстрат'єв Євген, канд.фарм.н., доцент
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Анотація. У статті, на основі аналізу нормативних документів, наукових публікацій та методичних розробок з питань психологічної підготовки медичних працівників, розглянуті питання формування основних напрямків досліджень щодо розробки та впровадження програм відбору, підготовки та морально-психологічного забезпечення і реабілітації військовослужбовців медичної служби, які надають допомогу в умовах бойових дій.

Встановлена необхідність наукового обґрунтування та розробки системи психологічного забезпечення і реабілітації військовослужбовців медичної служби, яка повинна включати: додипломну підготовку шляхом запровадження навчальної дисципліни «Психологія надзвичайних ситуацій мирного і воєнного часу»; періодичну післядипломну підготовку шляхом проведення відповідних психологічних тренінгів; розробку методів виявлення осіб, які потребують психологічної допомоги і реабілітації; наукове обґрунтування і розробку методів психологічної реабілітації.

Ключові слова: військовослужбовці медичної служби, система психологічного забезпечення, психологічна допомога, реабілітація.

Timchenko Yevhen, assistant professor
Oliynyk Petro, Dr of Pharm. Sciences, Professor
Yevstratiev Yevhen, PhD (Pharmacy), associated professor
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Lviv, Ukraine

ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT AND REHABILITATION OF MILITARY MEDICAL SERVICE PERSONNEL

Abstract. In the article, on the basis of the analysis of normative documents, scientific publications and methodological developments on the issues of psychological training of medical workers, the questions of formation of the basic directions of researches concerning the development and implementation of the programs of selection, training and moral and psychological support and rehabilitation of servicemen of the medical service providing assistance in the conditions are considered. fighting.

The necessity of scientific substantiation and development of the system of psychological support and rehabilitation of the military service personnel is established, which should include: undergraduate training through the introduction of the discipline "Psychology of Emergency Situations of Peace and War"; periodic postgraduate training through appropriate psychological training; developing methods for identifying individuals in need of psychological assistance and rehabilitation; scientific substantiation and development of methods of psychological rehabilitation.

Keywords: medical service personnel, psychological support system, psychological assistance, rehabilitation.

Професійна діяльність лікаря належить до числа найбільш складних і відповідальних видів діяльності людини. Виконання своїх функціональних обов'язків лікарем відрізняється значною психічною, моральною та етичною напругою, що в кінцевому підсумку обумовлює постійне соціально-психологічне навантаження на його психіку. Високий рівень нервово-психічної напруги найбільш стосується працівників військово-медичної служби, які працюють під постійним впливом негативних ефектів соціальної і медико-психологічної рефлексії екстремальних ситуацій воєнного походження. Тема організації психологічного забезпечення військовослужбовців медичної служби в умовах проведення бойових дій та періоду підготовки до них, психоемоційної реабілітації є беззаперечно актуальним та практично не вивченим питанням. Численні проблеми психологічного здоров'я військовослужбовців медичної служби були зафіксовані після перебування їх в умовах бойових дій, при проведенні операції об'єднаних сил (ООС) на сході України, які можуть вплинути на здоров'я медичних працівників і їхню здатність працювати в подальшому.

Метою даного дослідження є формування основних напрямків досліджень щодо розробки та впровадження програм відбору, підготовки та морально-психологічного забезпечення і реабілітації військовослужбовців медичної служби які надають допомогу в умовах бойових дій на основі аналізу нормативних документів, наукових публікацій та методичних розробок з питань психологічної підготовки медичних працівників.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні були застосовані методи системного підходу, бібліографічного аналізу і контент-аналізу. Використані нормативні акти та нормативно-правові документи України в галузі психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України

Результати дослідження та їх обговорення. Персонал військово-медичної служби в умовах бойових дій постійно відчуває вплив негативних чинників що призводять до дистресу з елементами емоційної та когнітивної емпатії. Виявилось значне зростання проблем у військових медичних працівників, які пов'язані із психічним стресом, що виникав у результаті первинної та вторинної бойової психологічної травми. Як наслідок, відмічено зростання вживання психотропних лікарських засобів, збільшення кількості відпусток, випадків невиходів на роботу, зловживання спиртними напоями [1]. Виявлено що проведені дослідження

стану здоров'я та наявності стресових синдромів у медичних представників, які надавали допомогу в зоні проведення АТО на сході України показали наявність синдрому хронічного вигорання (СХВ) у 80 % проанкетованих медичних працівників [2]. Нами були вивчені У методичних рекомендаціях розроблених науково-дослідним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України для психологів військових частин, (підрозділів) розкрито сутність основних понять процесу психологічного забезпечення, наведено розподіл завдань за періодичністю їх виконання, надано пояснення щодо змістовної сутності основних елементів діяльності [3]. Дані рекомендації спрямовані для більш повного розуміння сутності й завдань психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України, а також чіткого усвідомлення ролі та місця психолога у цьому процесі. Проведений аналіз методичних рекомендацій з організації психологічного вивчення військовослужбовців, призваних за мобілізацією, у навчальних центрах (частинах) Збройних Сил України, та методичних рекомендацій з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України [4, 5]. Виявлено, що усі методичні розробки та дослідження стосуються лише військовослужбовців загально бойової ланки, але жодного разу не розглядалось питання психологічного здоров'я військово медичного працівника.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та синдром хронічного вигорання військових медичних працівників – це найбільш поширені розлади морально-психологічного здоров'я із якими вони зустрічаються під час та після участі у збройних конфліктах. Залучення Збройних Сил України до виконання завдань антитерористичної операції та збільшення кількості людей з діагнозом ПТСР у всьому світі спонукає до детального дослідження цієї проблематики, діагностування ПТСР у його різних проявах. Така необхідність впливає із негативного впливу розладу на виконання обов'язків служби та функціонування в системі соціальної взаємодії. Комплекс симптомів, що спостерігалися у тих хто пережив психологічно-травматичний стрес, одержав назву «посттравматичний стресовий розлад» – (Posttraumatic Stress Disorder). Критерії діагностики цього розладу були розроблені та включені до Американського Національного Діагностичного Психіатричного Стандарту (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). З 1994 року ці критерії включені й у європейський діагностичний стандарт МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10). У

психології достатньо добре вивчені наслідки впливу на людину таких психотравматичних подій, як бойові дії, пожежі, повені, землетруси. На сьогодні існує достатня кількість фахових та фундаментальних досліджень, що описують симптоми ПТСР після інфаркту міокарда, після абортів, операцій, що пов'язані з ампутаціями та вираженими дефектами зовнішності. Всі ці види психічних травм мають подібну етіологію – усі вони ґрунтуються на впливі так званого «гострого» стресу [7]. Дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу набуває все більшої актуальності не лише в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти і ступеня прояву наслідків збройних конфліктів і локальних війн. Участь у них часто супроводжується виникненням ускладнень різного роду. Ці ускладнення досить довго супроводжують особу та її оточення вже в умовах безконфліктного, мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо залишити без належної уваги. Так, результати досліджень показують, що в структурі психічної патології серед військовослужбовців строкової служби, що брали участь у бойових діях під час локальних воєн в Афганістані, Карабаху, Абхазії, Таджикистані, Чечні, психогенні розлади досягали 70 %, у офіцерів і прапорщиків цей показник дещо менший. У 15-20 % військовослужбовців, що пройшли через збройні конфлікти, були хронічні посттравматичні стани, викликані стресом. Це і обумовлює вивчення психологічного стану та особливостей прояву ПТСР у людей, які пройшли через збройні конфлікти, з метою їх повернення у стрій, реадaptaції до мирних умов життя, збереження здоров'я і працездатності. ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойової обстановки і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Світова статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і людей з особливими потребами – кожен третій [8]. Проте нами виявлено, що у жодній із доступних і проаналізованих нами вітчизняних публікаціях не досліджується проблема виникнення ПТСР у військовослужбовців саме медичної служби, що потребує подальшого дослідження організації морально-психологічного забезпечення та реабілітації саме військовослужбовців медичної служби для покращення їх психологічної стійкості під час виконання службових обов'язків в бойових умовах.

Також значною проблемою є симптоми вигорання медичного працівника, які можуть включати в себе відсторонення від родини і друзів; емоційне оніміння; втрату інтересу до речей, які приносили задоволення; нав'язливі думки і образи, пов'язані з проблемами інших; фізичні симптоми, такі як головні болі, порушення роботи шлунково-кишкового тракту, напруженість м'язів; порушення сну і нервовість [6]. Медичні працівники мають контролювати появу подібних маркерів у себе і колег. Імовірність виникнення виснаження у медичного працівника прямо пропорційна кількості та якості маркерів. Маркери розподілені на такі категорії: когнітивні, емоційні, поведінкові, духовні, соматичні та соціальні [9]. Згідно сучасних поглядів «професійне вигорання» може розглядатися за наявності трьох стадій [10, 11, 12, 13]. На першій стадії в особистості, що відчуває на собі дію «професійного вигорання» першого ступеня, виявляються помірні, нетривалі й випадкові ознаки цього процесу. На цій стадії симптоми «синдрому емоційного вигорання» виявляються в легкій формі і виражені легкою турботою про себе, наприклад, частим бажанням розслабитись або частими перервами у роботі. На другій стадії «професійного вигорання» симптоми виявляються регулярніше, мають більш затяжний характер і важче піддаються корекції. Працівник може почуватися виснаженим після гарного сну і навіть після вихідних. Щоб вийти з такого стану, працівнику необхідні додаткові зусилля. На третій стадії «професійного вигорання» ознаки і симптоми стають хронічними і можуть викликати фізичні і психологічні проблеми, наприклад, виразку шлунку або депресії. Працівник починає сумніватися у важливості й цінності своєї професії, виникає незадоволення життям. При «професійному вигоранні» характерні й інтелектуальні симптоми. Це зниження інтересу до нових ідей, до альтернативних підходів у роботі, відсутність інтересу до нововведень, збільшення апатії, небажання брати участь у тренінгах, семінарах та інших формах навчання [14, 15, 16]. Вигорання, як наслідок професійних стресів, виникає тоді, коли адаптаційні можливості (ресурси) військово-медичного працівника з подоланням стресової ситуації перевищені, тобто «синдром професійного вигорання» – це відповідна реакція на тривалі робочі стреси працівника в процесі його професійної діяльності [12, 17].

Проведені дослідження свідчать про необхідність наукового обґрунтування та розробки системи психологічного забезпечення та реабілітації військовослужбовців медичної служби, яка повинна включати: додипломну підготовку шляхом запровадження навчальної дисципліни

«Психологія надзвичайних ситуацій мирного і воєнного часу»; періодичну післядипломну підготовку шляхом проведення відповідних психологічних тренінгів; розробку методів виявлення осіб, які потребують психологічної допомоги і реабілітації; наукове обґрунтування і розробку методів психологічної реабілітації.

Висновки:

1. Проблеми психологічного забезпечення та реабілітації військовослужбовців медичної служби дотепер не повною мірою досліджувані, у тому числі в контексті війни на Сході України, її соціально-психологічних наслідків, реформування українського війська.

2. Встановлена необхідність наукового обґрунтування і розробки системи психологічного забезпечення та реабілітації військовослужбовців медичної служби.

Список використаних джерел

1. Regehr C, Goldberg G, Hughes J. Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(4):505–513.

2. Сидоренко М.О., Дмуховська Т.М., Сокол К.М. Про професійний стрес у медичних працівників // Матеріали Всеукраїнської навчально – наукової конференції з міжнародною участю «Реалізація закону України “Про вищу освіту” у вищій медичній та фармацевтичній освіті України». Тернопіль. 2015. С.509.

3. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) . Міністерство оборони України, Наук.дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.

4. Методичні рекомендації з організації психологічного вивчення військовослужбовців, призваних за мобілізацією у навчальних центрах (частинах) Збройних Сил України. Київ, 2016. URL: http://www.mil.gov.ua/content/pdf/metod_v_book.pdf.

5. Методичні рекомендації з організації професійно-психологічного відбору у Збройних силах України. Київ, 2015. URL: http://www.mil.gov.ua/content/pdf/ppv_book.doc.

6. Мері Ен Печакек, Грем С. Бікнел, Ліза Лендрі. Виснаження медичного працівника і тренінг із психологічної стійкості // Охорона психічного здоров'я в умовах війни (пер. з англ. Тетяна Семігіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова, та ін.). Київ: Наш формат, 2017. С.546–551.

7. Васильєв С.П., Зубовський Д.С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців // Український психологічний журнал. 2016. № 1. С. 6–16.

8. Числіцька О. В., Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (антитерористичної операції) // Вісник Національного університету оборони України. 2015. № 2 (45). С. 281–287

9. Figley C. Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York, NY: Brunner/Mazel; 1995. 3.112

10. Білоус М. В. Синдром «професійного вигорання у фармацевтичних працівників» // Збірник матер. наук.- практ. конф. з міжнарод. участю, присвяч. 50-

літтю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Львів, 2014. С. 14-16.

11. Дудяк В. Емоційне вигорання. К.: Главник, 2007. С. 3-125.

12. Толочко В.М., Зарічкова М.В. Проблемні аспекти соціального захисту спеціалістів фармації у сучасних умовах // Вісник фармації. 2012. № 2. С. 37-39.

13. Kondo K. Burnout syndrome // Asian Medical J. 1991. № 34. С. 34-42.

14. Водопьянова Н., Старченкова Е. Синдром выгорания. СПб., 2008. 327 с.

15. Максименко С.Д., Коваль І.А., Пануча М.В. Медична психологія. Вінниця: Нова книга, 2010. 520 с

16. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 123 с.

17. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1996. 154 с.

УДК 614.2

Гула Інна

студентка 3-го курсу факультету економіки та менеджменту
Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя
Тернопіль, Україна

ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Анотація. Стаття розкриває головні проблеми військової медицини в Україні. У статті висвітлені проблеми, з якими зіткнулися наші солдати на початку збройного конфлікту у 2014 році. Пояснює важливість сильного та надійного медичного забезпечення як головного шляху для зменшення жертв серед української армії у війні з Росією. Також стаття дає змогу знайти способи та методи подолання проблем у військовій медицині шляхом реформування наявної системи медицини в Україні. Стандарти медичного забезпечення НАТО наближають Україну до країн Альянсу, забезпечуючи Збройні сили України якісною та надійною медициною. Це впливає на тривалість життя всього населення. Досвід західних теоретиків та практиків розкриває перед Україною можливість побудови сильної системи військової медицини, що обмежить втрати українських військових та цивільного населення в зоні бойових дій. Стаття також розкриває головні аспекти реформування сучасної медичної освіти, яка має орієнтуватись на підготовку спеціалістів для лікування та психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Ключові слова: військова медицина, охорона здоров'я, медична система, медичне забезпечення, воєнно-медична доктрина,

Hula Inna

Ternopil Ivan Pul'uj National Technical University.
Student of the Faculty Economics and Management
Ternopil, Ukraine.

PROBLEMS OF MILITARY MEDICINE IN UKRAINE AND WAYS OF SOLUTION IN CURRENT CONDITIONS OF ARMED CONFLICT

Abstract. *The article reveals the main problems of military medicine in Ukraine. It also includes some problems faced by Ukrainian soldiers at the beginning of armed conflict in 2014. The article explains the importance of reliable health care as the main way to reduce the number of victims among Ukrainian soldiers in the war with Russia. Also author proposes some methods to solve the problems of military medicine reforming the current medicine system in Ukraine. Standards of medical support to NATO attach Ukraine to the countries of Alliance and provide the armed forces of Ukraine with quality and reliable medicine. These also have an effect on the life expectancy of the entire population. The experience of western theorists and practitioners reveals to Ukraine the possibility of building a strong system of military medicine, which would limit losses of Ukrainian military and civilians in the combat zone. The article aims to disclose the main aspects of the reform of modern medical education, which should focus on training specialists for treatment and psychological rehabilitation of combatants.*

Key words: *military medicine, health care, medical system, medical security, military-medical doctrine.*

Згідно із законодавством України, а саме відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», кожна людина має право на охорону здоров'я. Також гарантується безкоштовне надання медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому в законі[3]. Однак громадян України досить часто не можуть отримати якісне лікування, оскільки мають заплатити мінімум триста гривень за ліки, а в Україні на одного терапевтичного пацієнта виділяється всього 12 грн на добу. Через це до МОЗ України постійно надходять звернення громадян, які щотижнево заслуховуються на апаратних нарадах. Для прикладу, у 2018 році таких заяв було отримано 19629 [1].

З початку проведення бойових дій на Сході України, проблема реформування медицини стала досить актуальною. Поряд з питанням реформування української армії, важливим і нагальним питанням було реформування військової медицини. Зважаючи на те, що від часів Афганістану потреби у розвитку військової медицини не було, з перших років антитерористичної операції в Україні військові не мали достатньо ресурсів для надання допомоги постраждалим. Через це було виявлено ряд проблем, які потрібно було вирішити.

Постала важлива проблема, що у навчальному процесі медичних вишів не надавалось достатньо годин для вивчення військової медицини, а саме військової терапії. Військова терапія має важливе значення, адже включає формування та створення організаційних форм для надання допомоги ураженим і пораненим через військові дії, у разі використання зброї масового ураження, а також лікування різних соматичних на хронічних захворювань серед військових, а також способи їх уникнення. Важливою частиною військової терапії є надання психологічної допомоги

військовим, які були демобілізовані та постраждали під час воєнних дій. Тому було звернено увагу на професійну підготовку лікарів, які могли б забезпечити кваліфіковану допомогу за умови військових ситуацій, в разі застосування противником різного роду зброї, а також могли професійну надати психологічну допомогу учасником бойових дій. А тому було включено змістовий модуль із військової медицини у наскрізну програму медичних вишів, згідно із дорученням МОЗ [2].

Через відсутність професійно-підготовлених військових медиків, самі військовослужбовці повинні були отримати практичні навички з надання допомоги пораненим на полі бою. Тому з 2014 року в Україні почали працювати та надавати професійні знання сучасні знавці різноманітних методик з тактичної медицини. Багато іноземців-волонтерів почали навчати самих військовослужбовців, як правильно надавати допомогу пораненим побратимам. Потім почали професійно готувати спеціалістів, які могли б навчити більшість елементарним навичкам надання першої допомоги. Адже за перші роки бойових дій було мобілізовано велику кількість людей, а волонтерського потенціалу просто на всіх не вистачало. Вже у 2016 році в Україні з'явилося 19 бойових медиків, знання та навички яких відповідали стандартам Армії США 68W. Саме вони з допомогою найкращих інструкторів з військової медицини США через пів року створили три навчальні програми військово-медичної підготовки, яку вивчають всі військовослужбовці.

Відчутною проблемою на початку збройного конфлікту на Донбасі було те, що висококваліфіковані лікарі повинні були перебувати близько до лінії фронту, щоб була можливість швидко проводити всі операційні втручання задля збереження життя потерпілим, а, отже скорочення загиблих. Однак така практика виявилась неефективною: вона завдавала надмірного навантаження на самих лікарів, і, як правило, поранених потрібно було все одно транспортувати до відділень медичних закладів. Тому виникла потреба у додатковому транспорті для таких перевезень. 6 грудня 2017 року у розпорядження Збройних сил України було передано 40 одиниць медичного транспорту. Вони одразу були розподілені між військовими підрозділами.

Нестача ліків на території АТО також стала нагальною потребою, яку треба було вирішити. З початком бойових дій велику допомогу надавали волонтери, але поряд з цим в серпні 2017 року в Україні розпочалось виробництво аптек за стандартами НАТО. Вся продукція в них є

повністю сертифікована і виготовлена в Україні. Ціна такої аптечки 1700 гривень.

Важливою проблемою для українських бійців стало й те, що закупували неякісні турнікети, які почали виготовляти у 2015 році. У 2016 році були встановлені вимоги, провели тестування та процедуру контролю і якості цих турнікетів. За результатами, жодна одиниця була непридатною для використання. Однак навіть після цього було закуплено 20000 одиниць турнікетів, які не відповідали жодним технічним вимогам.

У зв'язку з довгим періодом військових дій в Україні, значними втратами військовослужбовців, військових формувань і цивільного населення, стало зрозуміло, що наявних сил та служб медичного забезпечення ЗСУ є недостатньо для повного покриття потреб військ у медичному забезпеченні. Тому у 2015 році був утворений Військово-цивільний штаб при МО України, який об'єднує медичну службу ЗСУ та медичні формування, а також правоохоронні органи із ЦЗОС. Військово-цивільний штаб проаналізував та виявив проблеми медичного забезпечення цивільного населення. Діяльність штабу спрямована на забезпечення військовослужбовців і цивільного населення необхідними засобами індивідуального медичного захисту. Також розроблені організаційні форми та методи евакуації поранених з поля бою. Такі заходи знижують тривалість надання медичної допомоги, покращують його якість та прискорюють процес реабілітації поранених.

Більшість медичних закладів на території АТО зруйновані, а вся медична система розбалансована. Це ще одна проблема, яка заважає військовим та цивільному населенню отримувати якісну та вчасну медичну допомогу. Сьогодні керівники військово-соціальних адміністрацій окупованих областей вживають заходи для нормального функціонування вцілілих медичних закладів, надання медичних консультацій цивільному населенню та військовим, забезпечують території, на яких зруйновані чи пошкоджені заклади охорони здоров'я, якісною і професійною медичною допомогою.

На сьогодні уряд веде активну роботу над реформацією військової медицини, адже останні роки збройного конфлікту як ніщо інше підкреслюють важливість сильного та надійного медичного забезпечення Збройних сил України. А тому у 2018 році 31 жовтня згідно з постановою №910 Кабінету Міністрів України було затверджено Воєнно-медичну доктрину, яка стала першим документом за Незалежної України, яка реформує всю систему охорони здоров'я військовослужбовців та гарантує

якісне та вчасне надання медичної допомоги. Воєнно-медична доктрина України визначає головні способи координації діяльності організацій для створення необхідних умов для надання першої медичної допомоги військовослужбовцям, забезпечення лікуванням та швидкою реабілітацією після воєнних дій. Отже, зараз основи для реформування та реорганізації військової медицини створені, важливо активізувати свої сили та побудувати сильний й надійний захист для наших Збройних сил України.

Список використаних джерел

1. Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян, що надійшли до МОЗ України у 2018 році: URL: <https://moz.gov.ua/uploads/2/13363-2018.pdf>.
2. Внутрішня медицина. Наскрізна навчальна програма підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Спеціаліст» для студентів вищих навчальних закладів МОЗ України. К., 2014. 64 с.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

Химич Ірина Григорівна

науковий керівник: кандидат економічних наук, доцент
Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя

УДК 614.88 : 0.16

Варава Петро

Підполковник медичної служби у відставці
Викладач кафедри медицини катастроф і військової медицини Львівський
національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

МЕДИКО-ТАКТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІМІЧНИХ ВОГНИЩ. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УРАЖЕНИМ

Varava Petro

Retired Colonel of medical service, teacher
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv national medical university
Lviv, Ukraine

MEDICAL AND TACTICAL CHARACTERISTICS OF CHEMICAL LOCUSES. MAIN PRINCIPLES OF ORGANISATION AND GIVING MEDICAL CARE FOR VICTIMS

В результаті випадкового або навмисного попадання ОР в навколишнє середовище виникає хімічне зараження. Хімічне зараження – це наявність

ОР в навколишньому середовищі (на місцевості, в повітрі, на озброєнні, військовій техніці і т. д.) в кількостях достатніх для ураження незахищеного особового складу протягом певного часу. Якщо в зоні хімічного зараження знаходиться особовий склад, що піддався наднормативній дії ОР, мова йде про появу вогнища (осередку) хімічного ураження. Під вогнищем (зоною) хімічного ураження розуміється територія, на якій знаходяться особовий склад, бойова техніка, транспорт та інші об'єкти, що зазнали дії ХЗ, внаслідок чого виникли або можуть виникнути ураження людей і тварин, а також зараження території, бойової техніки, транспорту та інших об'єктів. У вогнищі хімічного зараження розрізняють район застосування ХЗ та зону розповсюдження зараженого повітря.

Район застосування ХЗ – це площа, яка заражується безпосередньо під час вибуху хімічного боєприпасу або внаслідок розбризкування ОР з виливного авіаційного приладу, тобто це частина місцевості, по якій безпосередньо було нанесено удар хімічною зброєю.

Район розповсюдження зараженого повітря утворюється за рахунок первинної та вторинної хмари та являє собою площу, у межах якої можливе ураження незахищеного особового складу. Під хмарою зараженого повітря (ЗП) розуміють об'єм повітря, в якому розподілені пари або аерозолі ОР. Хмару пари та аерозолів ОР, що утворилася в момент застосування ХЗ, називають первинною хмарою ЗП. Хмару пари ОР, що виникла внаслідок випаровування ОР із зараженої поверхні, називають вторинною хмарою ЗП.

Первинна хмара ЗП, що розповсюджується вітром, може чинити уражаючу дію протягом короткого часу (приблизно 20-30 хв.). Уражаюча дія вторинної хмари визначається часом повного випаровування ОР із зараженої поверхні. Таким чином, у районі безпосереднього застосування ХЗ, особовий склад може зазнати ураження від впливу крапельно-рідинних ОР, пари та аерозолів первинної хмари. За межами цього району, за напрямком вітру, ураження виникають від пари та аерозолів первинної та пари вторинної хмари. При цьому площа зараження первинною та вторинною хмарами ЗП набагато перевищує площу зараження в районі застосування ХЗ.

Нервово-паралітичні та шкірноаривні ОР застосовують у крапельно-рідинному або грубо дисперсному аерозольному стані, що призводить до створення первинної та вторинної хмари. Застосування загально отруйних задушливих, психотоміметичних, подразнюючих ОР супроводжуються

утворенням тільки первинної хмари, тому що ці ОР застосовуються у пароподібному (синильна кислота, фосген) або тонко дисперсному твердому аерозольному стані (психотоміметичні, подразнюючі ОР).

Під глибиною розповсюдження хмари ЗП розуміють відстань від підвітряної межі району застосування ХЗ до рубіжу, на якому перебування особового складу без засобів захисту стає безпечним.

Розміри та характер вогнища хімічного зараження залежать від фізико-хімічних та токсичних властивостей ОР, засобів та способів їх використання, метеорологічних умов, рослинного покриву, рельєфу місцевості та характеру забудови.

Медико-тактична характеристика хімічних вогнищ.

З метою забезпечення ефективності організації лікувально евакуаційних заходів під час ліквідації наслідків застосування противником ОР і високої якості надання медичної допомоги використовується медико-тактична характеристика осередків хімічного ураження. Основними характеристиками осередку хімічного ураження є: кількість уражених (масовість ураження), наявність і структура втрат, час формування втрат, характер токсичного процесу у уражених. Основні характеристики вогнища можуть бути спрогнозовані методами математичного моделювання екстремальних ситуацій.

Важливим практичним критерієм характеристики хімічних вогнищ є тривалість зараження місцевості, тобто часові межі, в яких зберігатиметься зона хімічного зараження. Цей показник обумовлений стійкістю ОР на місцевості, тобто здатністю речовини зберігати в часі вражаючу дію на незахищений особовий склад.

За стійкістю, в залежності від типу ОР, утворювані ними вогнища хімічного зараження можна розділити на:

- вогнища стійкого зараження;
- вогнища нестійкого зараження.

До стійких вогнищ відносяться такі, в яких уражаюча дія ОР зберігається на місцевості протягом більше, ніж 1 година: декілька годин, діб, тижнів, місяців. Такі вогнища можуть утворюватись не тільки для безпосереднього ураження особового складу, але й для зараження техніки та будівель, що створює так званий «сковуючий ефект» та стримує протягом довгого часу бойові дії військ.

У хімічних вогнищах, які утворені стійкими ОР, в межах зони розповсюдження первинної хмари особовий склад застосовує засоби

захисту органів дихання і шкіри, проводить часткову і повну санітарну обробку, а всі заражені об'єкти (техніка, майно, тощо) підлягають дегазації.

Нестійкі вогнища формуються у випадку, якщо ОР знезаражується на місцевості шляхом природної дегазації протягом 1 години (хвилини). В них уражаюча дія ОР припиняється протягом однієї години. У більшості випадків, нестійкі ОР застосовуються для ураження особового складу.

Залежно від стійкості ОР необхідно передбачити проведення наступних заходів :

- встановлювати режим роботи особового і медичного складу в засобах захисту ;
- після виходу з вогнища проводити санітарну обробку особового складу і заходів щодо попередження уражень за рахунок десорбції ОР;
- враховувати при організації розгортання і режиму роботи медичних частин і установ особливості прийому, медичного сортування, санітарної обробки і надання медичної допомоги у функціональних підрозділах при масовому прийомі уражених з вогнища;
- видавати особовому складу рятувальних команд, що направляються в осередок ураження стійкими ОР, профілактичні антидоти.

У хімічних вогнищах, які утворені нестійкими ОР, а також у зоні розповсюдження вторинної хмари у вогнищі стійких ОР особовий склад застосовує тільки засоби захисту органів дихання, санітарну обробку та дегазацію не проводять.

Ще одним показником, який закладений як принцип характеристики вогнищ, є час формування санітарних втрат серед особового складу, що потрапив в зону хімічного зараження різними ОР, яке іноді істотно розрізняється. У залежності від часу виникнення основних симптомів отруєння, хімічні вогнища ураження поділяються на:

- а) вогнища ураження швидкодіючими ОР (клініка отруєння виявляється протягом першої години після контакту з ОР);
- б) вогнища ураження ОР сповільненої дії (клініка отруєння виникає пізніше однієї години з моменту контакту з ОР, прихований період ураження перевищує 1 годину).

Деякі ОР діють практично негайно (наприклад, синильна кислота, зарин, СО). Дія інших зв'язана з наявністю прихованого періоду інтоксикації (наприклад, фосген, іприт). Нарешті, існують ОР, ураження якими розвивається після декількох діб (іноді більше тижня) після дії (наприклад, діоксин, тетраетилсвинець).

Таким чином, з урахуванням стійкості на місцевості та швидкості дії ОР на особовий склад, виділяють чотири типи хімічних вогнищ БОР:

1. Стійке вогнище ураження (зараження) швидкодіючими ОР (зарин, зоман, V-гази, Сі-Ес-внаслідок інгаляційного проникнення; зарин, зоман – при впливі через шкіру).

2. Нестійке вогнище ураження (зараження) швидкодіючими ОР (синильна кислота, хлорацетофенон – при інгаляційному впливі).

3. Стійке вогнище ураження (зараження) ОР сповільненої дії (Vх, іприт, люїзит – при дії через шкіру).

4. Нестійке вогнище ураження (зараження) ОР сповільненої дії (фосген, ВZ, ДЛК – інгаляційне надходження).

Найбільшу небезпеку представлятимуть зони хімічного зараження, що утворюються швидкодіючими речовинами, оскільки в цих умовах можливості медичного захисту особового складу будуть істотно обмежені в часі. Проте зони зараження, що утворюються речовинами у край сповільненої дії, також представляють небезпеку, оскільки факт дії може довгий час залишатися непоміченим і в цих умовах заходи медичного захисту не проводитимуться.

Для **вогнищ ураження швидкодіючими ОР** характерно: одночасне отруєння великої кількості особового складу частини, підрозділу; можливість часткового виходу з ладу (ураження) медичного складу; виникнення значної кількості тяжкоуражених, тривалість життя яких при відсутності своєчасної, ефективної допомоги не перебільшить 1 години з моменту виникнення клініки отруєння; відсутність резерву часу у медичної служби для маневру силами та засобами, суттєвої зміни раніш прийнятого рішення щодо організації робіт з ліквідації вогнища; необхідність надання ефективної медичної допомоги протягом оптимальних термінів та евакуації тяжко уражених з вогнищ, переважно, за один рейс.

Суттєвими відмінностями **вогнищ ураження ОР сповільненої дії** є: послідовна, протягом декількох годин, поява ознак отруєння (у зв'язку з чим необхідне активне виявлення уражених осіб); триваліші терміни життя тяжкоуражених при відсутності своєчасної допомоги (внаслідок ураження іпритом, фосгеном – декілька годин, діб); наявність певного запасу часу (декілька годин) у медичної служби для корегування основного плану організації робіт по ліквідації вогнища залежно від умов бойової обстановки, що складаються; евакуація уражених з вогнища здійснюється в декілька рейсів по мірі їх виявлення.

Виникнення осередків хімічного ураження ОР, як правило, супроводжується формуванням санітарних втрат. У уражених розвиваються інтоксикації різного ступеня тяжкості, внаслідок чого частина особового складу виходить з ладу. Масштаби вогнищ, розміри зон хімічного зараження будуть тим більше, чим більша кількість речовини потрапила в навколишнє середовище, чим вище його токсичність, чим вище відсоток виходу з ладу особового складу і важче ступінь ураження.

Розміри та структура санітарних втрат у хімічних вогнищах будуть залежати від:

- від масштабу та засобів хімічного ураження;
- раптовості хімічного нападу (досягнута або не досягнута тактична несподіваність застосування ХЗ);
- розмірів районів, що піддалися нападу;
- характеру хімічного вогнища, типу ОР, які його утворюють, їх фізико-хімічних та токсичних властивостей;
- щільності розташування особового складу, проти якого застосована ОР, міри його захищеності (характеру укриття, стану засобів захисту).

Тактична несподіваність вважається досягнутою, якщо особовий склад у момент застосування хімічної зброї знаходиться без надітих засобів захисту. Досягши тактичної несподіваності, відсоток виходу з ладу особового складу буде від V_x – 50-60 %, зарину та іприту – 10-15 %.

За відсутності тактичної несподіваності відсоток виходу з ладу особового складу від впливу V_x , зарину і іприту складе 10-15 %.

При використанні ОР нервово-паралітичної дії і синильної кислоти відсоток безповоротних втрат буде більшим, а при використанні ОР типу іприту та фосгену – меншим, а для ОР, які тимчасово виводять із ладу (психотоміметичні, подразнюючі), смертельні випадки практично мало характерні.

Так, при ураженні ОР нервово-паралітичної дії можлива смертність до 30% отруєних протягом двох діб.

У сучасній війні найбільш вірогідним буде використання противником ОР нервово-паралітичної дії (у 90 % випадків від усіх застосованих ОР); іприт (у 3 %), Бі-Зет (у 2 %), Сі-Ар (у 5 %).

При використанні ОР санітарні втрати за тяжкістю ураження особового складу можуть скласти : у вогнищі ФОР – легкий ступінь (л.ст.) – 30 %; середній (сер.ст.) – 10 %, тяжкий ступінь (т.ст.) – 60 %; у вогнищі синильної кислоти – л.ст. – 20 %, сер.ст. – 50 %, т.ст. – 30 % ; у вогнищі фосгену – л.ст. – 35 %, сер.ст. – 40 %, т. ст. – 25 %; у вогнищі іприту –

відповідно 30, 40 %, 30 %; у вогнищі BZ – відповідно 35 %, 35 %, 30 % ;у вогнищі CR – відповідно 55 %, 30 %, 15%.

ОР, які застосовані за допомогою аерозольних генераторів, а також з виливних авіаційних приладів, бомб тощо, обумовлюють виникнення уражених, які потребують лише терапевтичної та психо-неврологічної допомоги . Використання ОР за допомогою засобів з металевими оболонками, які обладнані вибухувачем ударної дії і вибухівкою, призведе до виникнення комбінованих уражень терапевтичного та хірургічного профілю.

Знаходження людей на території, яка заражена одночасно радіоактивними і ОР, може призвести до виникнення радіаційних і хімічних уражень .

Основні принципи надання медичної допомоги ураженим.

В збройних силах в основу організації медичної допомоги ураженим ОР покладена система етапного лікування з евакуацією за призначенням.

Проведення лікувально – евакуаційних заходів передбачає надання таких видів медичної допомоги : ДОМЕДИЧНА – перша медична та долікарська (фельдшерська), ПЕРВИННА – перша лікарська, ВТОРИННА – кваліфікована і ТРЕТИННА – спеціалізована та високоспеціалізована.

Перша медична допомога надається на місці ураження чи в ближніх схованках і направлена на усунення початкових ознак ураження ОР і попередження розвитку тяжких уражень. Надається вона самими військовослужбовцями в порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами і санітарними інструкторами підрозділів на МПР (медичний пост роти), а також особовим складом підрозділів, які виділяються для рятувальних робіт у вогнищах масового ураження і організаційно входять в загін ліквідації наслідків (ЗЛН) застосування противником ЗМУ. До цього загону, крім медичного складу потерпілих частин, можуть включатися медичні пункти батальйонів і підрозділи збору і евакуації поранених штатних і сусідніх медичних підрозділів і частин. Санітарні інструктори і фельдшери із складу цих підрозділів безпосередньо керують наданням першої медичної допомоги і самі надають її найбільш тяжкоураженим.

Термін надання першої медичної допомоги складає до 5-10 хв. з моменту настання симптомів інтоксикації, при цьому використовуються у першу чергу індивідуальні медичні засоби профілактики і надання медичної допомоги, які знаходяться в уражених.

Слід відмітити, що застосування антидоту, який знаходиться в аптечці Індивідуальній, найбільш ефективно в перші хвилини після появи ознак Інтотоксикації і не попереджує розвитку тяжкої форми отруєння при його застосуванні через 5-10 хв і пізніше. Обробка заражених ділянок шкіри у перші 2 хв попереджує ураження, а через 5-10 хв – не виключає виникнення тяжкої форми отруєння.

Після надання першої медичної допомоги усіх уражених евакуюють на медичний пункт батальйону (в обороні) чи зосереджують на незараженій місцевості (в наступі), де їм фельдшером надається долікарська допомога.

Долікарська (фельдшерська) допомога доповнює заходи першої медичної допомоги і направлена на боротьбу з загрозливими для життя розладами (асфіксією, судомами, колапсом тощо). Термін її надання – 30-60 хв з початку появи симптомів інтоксикації і в першу чергу надається ураженим тяжкого ступеня.

При неблагополучній медичній чи бойовій обстановці ураженим легкого ступеня долікарська допомога може не надаватись, а уражені евакуюються на наступний етап медичної евакуації (ЕМЕ).

Після надання долікарської допомоги уражених евакуюють на медичний пункт частини, при цьому 50% уражених (у тяжкому ступені) евакуюють санітарним транспортом і в першу чергу, а інших – вантажним транспортом.

Перша лікарська допомога надається в медичному пункті частини (або МПБ окремого батальйону при наявності лікаря) та в медичній роті механізованої (танкової) бригади і спрямована на усунення тяжких проявів інтоксикації (асфіксії, колапсу, гострої дихальної недостатності, токсичного набряку легень, судомного синдрому), купірування інших симптомів ураження до подальшої евакуації.

Перша лікарська допомога може надаватись у повному і скороченому обсязі (тільки невідкладні заходи до 70% ураженим при неблагополучній медичній чи бойовій обстановці). Обсяг першої лікарської допомоги встановлює начальник медичної служби з'єднання. Орієнтовний термін надання невідкладних заходів першої лікарської допомоги складає: при симптомах легкого ступеня – 2-4 год, тяжкоураженим – 1-3 год з моменту розвитку клініки отруєння. Для уражених тяжкого ступеня, у яких основні ознаки інтоксикації купіровані після надання попередніх видів медичної допомоги, цей час збільшується до 2-4 годин, при умові, що вони не повинні перебувати в протигазах більше 1-1,5 годин.

При несприятливій бойовій чи медичній обстановці легко ураженим допомога може надаватися на наступному ЕМЕ.

При надходженні уражених на етап кваліфікованої медичної допомоги безпосередньо із хімічного вогнища, необхідна кваліфікована медична допомога їм надається в терміни, які встановлені для надання першої лікарської допомоги.

Кваліфікована медична допомога може надаватися терапевтом чи хірургом у медичній роті бригади, військовому мобільному госпіталі в повному або скороченому обсязі (у ВМГ можуть бути надані також елементи спеціалізованої медичної допомоги при наявності там фахівця та відповідного оснащення). У невідкладних заходах кваліфікованої медичної допомоги мають потребу 60-70% уражених, при цьому у 60-70% вона надається в сортувально – евакуаційному відділенні і у 30-40% – в госпітальному відділенні.

Після надання кваліфікованої медичної допомоги уражених евакуюють у військові мобільні госпіталі (військові госпіталі, військово-медичні клінічні центри тощо), при цьому 60% уражених підлягають евакуації санітарним транспортом (50% автомобільним і 10% авіаційним), 40% уражених підлягають евакуації вантажним транспортом.

Подальшій евакуації підлягають:

- в терапевтичні відділення інтенсивної терапії – уражені ОР нервово – паралітичної дії середнього і тяжкого ступеня, уражені ОР шкірноаривної дії з явищами резорбції, трахеобронхіту, пневмонії, ураженні ціанідами середнього і тяжкого ступеня, уражені ОР задушливої дії з ознаками токсичної пневмонії;

- в терапевтичні відділення – легко уражені ОР; невротична форма ураження (ФОР з залишковими явищами уражень психотоміметиками типу ВЗ і іпритними нерозповсюдженими дерматитами, іпритними кон'юктивітами);

- у психоневрологічні відділення – уражені ОР нервово – паралітичної дії і психотоміметиками типу ВЗ з тяжкими розладами психіки;

- в шкірно-венерологічні відділення – уражені ОР шкірноаривної дії з переважанням розповсюджених еритематозно – бульозних дерматитів;

- в хірургічні, опікові відділення – уражені іпритами з розповсюдженим бульозно-некротичним дерматитом;

- в офтальмологічні хірургічні відділення – уражені іпритом з пошкодженням очей.

Для лікування в команді одужуючих медроти лишаються легкоуражені ФОР (міотична і диспноетична форми) , ОР шкірнонаривної дії (інгаляційне ураження з переважанням явищ ринофаринголарингіту), а також уражені ОР подразнюючої дії.

Спеціалізовану медичну допомогу надають в спеціалізованих відділеннях медичних закладів, призначених для лікування уражених ОР.

При цьому остаточно усуваються основні прояви інтоксикації, проводиться діагностика і лікування ускладнень, а також лікування уражених ОР в повному обсязі в цілях найшвидшого відновлення порушених функцій , найбільш повного відновлення працездатності і боєздатності.

Із часів першої світової війни почалася епоха застосування сучасних засобів масового знищення людей. Одним із пагубних наслідків «хімізації» життя людства, значного росту масштабів хімічної промисловості, являється те, що до загроз застосування хімічної зброї у військових конфліктах додаються і проблеми хімічної небезпеки мирного часу: зростає вірогідність аварій на хімічно-небезпечних об'єктах з викидом хімічно-небезпечних речовин, збільшуються можливості хімічного тероризму.

Все вищенаведене вказує на високий рівень хімічної небезпеки, що зберігається для людства, і необхідності значно нарощувати потенційні можливості медицини зі зменшення цієї небезпеки.

Список використаних джерел

1. *Військова токсикологія, радіологія, медичний захист : підручник / О.Є. Левченко [та ін.] ; Укр. військово-мед. акад. МО України. Київ : Чалчинська Н.В., 2017. 788 с.*
2. *Барасій М.І. Худецький І.Ю. Левченко О.Є. Медичні аспекти хімічної зброї.*
3. *Військова токсикологія, радіологія та медичний захист: Підручник /За ред. Ю.М. Скалецького , І.Р. Мисули. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. .*
4. *Мигович Г. Г. Сильнодіючі отруйні речовини / Г. Г. Мигович, О. Г. Рабчук. К., 1999.*

МЕДИЧНЕ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

УДК 615.47:355

Хомутецька Наталія

кандидат технічних наук, доцент, доцент кафедри

Голуб Андрій

кандидат фармацевтичних наук,

старший науковий співробітник, доцент кафедри

Кафедра військової фармації Української військово-медичної академії

м. Київ, Україна

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ АПТЕК ІНФУЗІЙНИМИ РОЗЧИНАМИ У ПОЛЬОВИХ УМОВАХ

Анотація: Стаття присвячена вивченню досвіду інших країн світу з розробки медичного оснащення для екстемпорального виготовлення лікарських засобів у польових умовах. Розглянуто оснащення аптеки мобільної для забезпечення служби медицини катастроф та військово-медичної служби. Вивчено розробку спеціальної установки для виготовлення стерильних розчинів як в аптечних, так й у польових умовах, а також комплексу, що дозволяє здійснювати виготовлення інфузійних розчинів та асептичний дозований розлив готового розчину в стерильний полімерний контейнер. Розглянутий та вивчений спосіб отримання води для ін'єкцій із вод природних джерел та установка для його реалізації.

Ключові слова: екстемпоральне виготовлення, лікарські засоби, інфузійні розчини, технічне оснащення, польові умови, аптеки, бойові дії, надзвичайні ситуації.

Khomutetska Nataliya

PhD of Technical Sciences, Associate Professor

Associate Professor of the Department

Holub Andriy

PhD of Pharmaceutical Sciences,

Senior Researcher, Associate Professor of the Department

Department of Military Pharmacy, Ukrainian Military Medical Academy

Kyiv, Ukraine

PROVIDING OF MILITARY PHARMACIES BY INFUSION SOLUTIONS IN THE FIELD

Abstract. The article is devoted to studying the experience of other countries in the world for the development of medical equipment for the production of medicaments extemporaneously in the field. Studied the mobile pharmaceutical equipment for disaster medical service and military medical service. Studied the development of a special installation for the manufacture of sterile solutions in pharmacy and in the field, as well as the complex, allowing to carry out the production of infusion solutions, and aseptic filling of finished dosage solution into sterile polymeric container. Considered and studied a method for producing water for injection from the waters of the natural sources and installation for its realization.

Keywords: extemporaneous manufacture, drugs, infusion solutions, technical equipment, field conditions, pharmacies, fighting, emergencies.

Вступ. Як показує досвід локальних війн і збройних конфліктів, а також досвід ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій мирного часу, медичне забезпечення військ не може бути ефективним без правильного та чітко організованого медичного постачання. Медична служба Збройних Сил України для надання медичної допомоги в особливий період максимально використовує готові лікарські форми промислового виробництва, але умови надання медичної допомоги та ймовірна кількість поранених, що потребує невідкладної допомоги, не тільки не виключає, але й потребує екстемпорального виготовлення стерильних та нестерильних лікарських засобів у польових умовах, насамперед розчинів для інфузійного введення.

В умовах збройних конфліктів та надзвичайних ситуацій необхідність застосування військово-польової технології ліків обумовлена тим, що може виникати одночасна велика кількість постраждалих та різке зростання потреби у лікарських засобах. Як свідчить досвід, внаслідок порушення транспортних шляхів, зв'язку, знищення запасів лікарських засобів промислового виробництва в зоні збройних конфліктів або надзвичайних ситуацій, повноцінна фармацевтична допомога медичним або військово-медичним підрозділам протягом значного часу виключається. В таких умовах екстемпоральне виготовлення лікарських засобів дозволить забезпечити безперервність та ефективність надання медичної допомоги та лікування постраждалих. Екстемпоральні ліки забезпечать оперативність та гнучкість поставок лікарських засобів у будь-яких лікарських формах, номенклатурі та обсягах – від одиничних індивідуальних прописів до значної кількості серій ін'єкційних та інфузійних розчинів.

Крім того, екстемпоральні лікарські засоби неможливо повністю замінити ліками промислового виробництва з ряду причин:

- для деяких екстемпоральних ліків відсутні аналоги промислового виробництва завдяки нерентабельності їх виробництва, незначної потреби, їх нестабільності, короткого терміну зберігання, неможливості адекватного дозування для новонароджених, дітей та людей похилого віку;
- частина пацієнтів може потребувати індивідуального підходу до надання їм медичної допомоги;
- деякі препарати промислового виробництва містять стабілізатори і регулятори кислотності, тому їх не можна використовувати для новонароджених.

Треба відмітити, що тільки в умовах аптек виготовляються деякі стерильні розчини: новокаїн 1% та 2%, кальцію хлориду 1%, калію хлориду 7,5%, натрію хлориду 10%, фурациліну 0,01% та 0,02% на ізотонічному розчині натрію хлориду (у флаконах від 10 до 400 мл), етакридину лактату 0,1%, дикаїну 1%, 2% та 3%, кислоти борної 2% та 3%, а також розчини коларголу, протарголу 3 %, перманганату калію 0,1%, 5%, 10% (по 10, 50, 100 і 200 мл), що виготовлені в асептичних умовах [3].

Тому очевидно, що надання медичної допомоги під час збройних конфліктів та в умовах надзвичайних ситуацій неможливе без розгортання польових аптек та екстемпорального виготовлення лікарських засобів. Наявність власної технологічної бази з виготовлення стерильних розчинів є одним із факторів автономності та підвищення боєздатності медичної служби Збройних Сил. Але організація процесу та технологія виготовлення стерильних розчинів залишаються малоефективними через морально і фізично застаріле обладнання.

Мета дослідження. Вивчити досвід інших країн світу з розробки медичного оснащення для екстемпорального виготовлення лікарських засобів у польових умовах.

Матеріали та методи дослідження. У процесі досліджень використовували наступні методи: системно-оглядовий, історичний, узагальнення, аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Масово застосовуватись інфузійні розчини в польових умовах почали ще в період Великої Вітчизняної війни. 60-70% обсягу роботи аптек польових медичних закладів у той період складало виробництво стерильних лікарських засобів, у тому числі 60-90% від загальної кількості – інфузійні розчини.

Сьогодні неможливо уявити невідкладну медичну допомогу постраждалим безпосередньо на полі бою (в осередку аварії, катастрофи, стихійного лиха) без інфузійної терапії. Особливості виготовлення інфузійних розчинів у польових умовах визначаються специфікою розгортання та організації роботи аптек етапів медичної евакуації та польових медичних закладів. До факторів, що впливають на якість інфузійних розчинів у польових умовах відносяться: великий обсяг роботи по їх виготовленню в період масового надходження поранених (уражених, хворих); складності при прогнозуванні потреби, що пов'язано з можливим надходженням поранених (постраждалих, хворих) з різними нозологічними формами та характером уражень; зниження виробничої потужності внаслідок збільшення трудовитрат на виготовлення та

контроль якості інфузійних розчинів; відсутність централізованого водопостачання, а також сучасних засобів механізації ряду технологічних операцій; складності з дотриманням санітарно-гігієнічних вимог і правил виробничої санітарії; складності отримання води для ін'єкцій, обмеження або неможливість контролю її мікробіологічних та біологічних показників якості.

Досвід різних країн свідчить, що виробничі потужності військових аптек з виготовлення навіть самих необхідних лікарських засобів, а насамперед інфузійних розчинів, залишаються досить обмеженими. Тому організація дрібносерійного виробництва з використанням малогабаритних автоматичних ліній, створення мобільних автономних комплексів з виготовлення стерильних розчинів у польових умовах є актуальним для медичної служби Збройних Сил.

Нами був вивчений досвід служби медицини катастроф та військово-медичної служби сусідньої країни. Для забезпечення автономної роботи медичних загонів спеціального призначення розроблена аптека мобільна. У мобільній аптеці здійснюється поряд з прийомом, розміщенням, зберіганням та відпуском медичного майна, виготовлення стерильних і нестерильних лікарських форм, у тому числі інфузійних розчинів, а також контроль їх якості. Мобільна аптека складається з 4-х модулів: модуль рецептурний та запасів; модуль технологічний; модуль допоміжний; модуль, що здійснює поєднання попередніх модулів [1].

Деякі вчені та промислові колективи працюють у даному напрямку, проводять науково-дослідні та дослідно-конструкторські роботи. Так, колектив вчених Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова розробили спеціальну установку для виготовлення стерильних розчинів як в аптечних, так й у польових умовах [2]. Ця установка дозволяє: збирати та короткий час зберігати воду для ін'єкцій; виготовляти, фільтрувати та дозовано розливати у стерильній робочій зоні розчинів у приміщеннях, що не нормуються за чистотою повітря, а також їх закупорювати; проводити внутрішньо аптечний контроль якості розчинів, що виготовляються. Виробнича потужність установки за одну робочу зміну складає 1000 флаконів стерильних розчинів з урахуванням змін у номенклатурі протягом зміни.

Установка складається із наступних основних вузлів: блок підготовки повітря; насос перистальтичний; реактор; прес-фільтр; модуль фільтрування; ємність витратна; модуль асептичного дозування розливу;

пристрій для закупорювання; конвеєрна секція; контрольно-оглядовий пристрій; стіл поворотний накопичувальний.

Установка дозволяє використовувати її як для виготовлення стерильних розчинів у флаконах зі скла, так і в полімерних контейнерах. Конструкція основних вузлів установки дозволяє оперативно її згорнути, транспортувати і розгорнути: вся установка розміщена у 14 металевих укладочних скринях. Це дозволяє переміщувати й експлуатувати установку як у стаціонарних, так і польових умовах.

Військовими провізорами Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова також розроблений спосіб отримання води для ін'єкцій із вод природних джерел та установка для його реалізації (патент РФ 2258045). Розроблений спосіб включає грубу очистку на фільтрі та стерилізацію: вода із відкритих водойм спочатку підлягає очистці за допомогою фільтру попередньої очистки, після очистки на фільтрі грубої очистки здійснюють ультрафільтрування, додаткову обробку до якості питної здійснюють за допомогою зворотного осмосу, а після сорбції на вугляних матеріалах питна вода послідовно підлягає катіоно- та аніонообміну, після чого її стерилізують, при цьому контроль якості води здійснюють у безперервному режимі за величиною питомого електричного опору. Застосування цієї установки забезпечує отримання води для ін'єкцій необхідної якості в одній фазі з високою технологічністю, економічністю та екологічністю. Виробнича потужність установки складає від 25 до 35 л/г.

У результаті проведення наукових досліджень та досвідно-конструкторських робіт був створений принципово новий зразок аптечного технологічного обладнання – аквадистиллятор із закритим контуром охолодження. Його особливістю є наявність блоку охолодження закритого типу, що забезпечує багатократне використання води в якості холодоагенту. Цей аквадистиллятор може використовуватись як в аптеці, так і у польових умовах [2].

Вченими та фахівцями з військової фармації також розроблений комплекс, який може бути використаним в аптеках, у тому числі у польових медичних закладах, а також може входити як окремий елемент у більш складні зразки технічних засобів медичної служби [4]. Цей комплекс дозволяє здійснювати виготовлення інфузійних розчинів та асептичний дозований розлив готового розчину в стерильний полімерний контейнер.

Комплекс для виготовлення інфузійних розчинів складається із: реактора, насоса перистальтичного, фільтротримача з мембраною для

розчину, комплекту сполучних трубок, пристрою для дозування та розливу з перетискним клапаном, фільтротримача для повітря, блока живлення, установки компресорної, балона зі зрідженим газом (для створення надлишкового тиску в реакторі за відсутністю електричної енергії), балона зі стисненим повітрям (для подачі повітря до блоку асептичного дозування та розливу за відсутності електроенергії).

Таким чином, розроблений комплекс технологічного обладнання дозволяє виготовляти інфузійні розчини, стерилізувати їх фільтруванням, здійснювати їх асептичне дозування та розлив у полімерні контейнери.

Принципово новим конструктивним елементом комплексу, що забезпечує запобігання мікробної контамінації простерилізованих інфузійних розчинів у зоні розливу, є мікробокс. Його використання дозволяє проводити заповнення стерильних полімерних контейнерів у приміщеннях з різними класами за чистотою повітря.

Передбачений резервний режим роботи комплексу за відсутністю електроенергії. При роботі в такому режимі для подачі розчинів використовується балон зі зжатым газом (азот або двоокис вуглецю), а для подачі повітря – балон зі стисненим повітрям.

Виробнича потужність комплексу складає 70-80 контейнерів обсягом 450 мл за годину, 105-120 контейнерів обсягом 200 мл за годину. Комплекс займає площину 1,5 м², потужність, що він споживає – не більше 0,5 кВт, що дозволяє монтувати технологічний комплекс у кузові фургону на шасі багатовантажного автомобіля.

Існує також патент РФ на лабораторію інфузійних розчинів у полімерних контейнерах [5]. Лабораторія є високо мобільним і автономним технічним засобом польової фармації і відповідає сучасним вимогам до рухомих технічних засобів медичної служби. Термін для розгортання лабораторії – 45 хвилин, а термін повної готовності лабораторії до виробництва інфузійних розчинів складає 2,5-3,5 години. При виникненні екстремальних ситуацій або раптового масовому надходженні постраждалих у польові медичні заклади, лабораторію доцільно надавати в якості засобу посилення до діючих автономно госпіталів різного профілю. Лабораторія включає модуль лабораторії і модуль складу. Лабораторія монтується на шасі багатовантажного автомобіля, а склад – на шасі автомобільного двохосного причепа. Модуль лабораторії поділений на 2 відсіки, передній – допоміжний, задній – асистентська асептична.

Висновки. Розробка та використання інноваційних технологій та медичного обладнання надасть можливість:

підвищити ефективність надання медичної допомоги в ході бойових дій або при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій мирного часу;

здійснити надання медичної допомоги пораненим і хворим на основі передових та інноваційних медичних технологій, а також проводити їх підготовку до подальшої евакуації безпосередньо в осередку санітарних втрат.

Створення власного медичного обладнання та інноваційних медичних технологій повинно ґрунтуватись на результатах проведення науково-дослідних та досвідно-конструкторських робіт.

Список використаних джерел

1. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Красавин К.Д., Лемешкин Р.Н. *Организация обеспечения медицинской техникой и имуществом военно-медицинских учреждений и формирований Службы медицины катастроф Министерства обороны РФ в чрезвычайных ситуациях* // Военно-медицинский журнал. 2011. № 10. С. 9-14.

2. Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Голубенко Р.А. и др *Итоги и перспективы научного сопровождения совершенствования системы медицинского снабжения войск (сил)* // Вестник Российской Военно-медицинской Академии. 2014. № 2(46). С. 248-256.

3. Олийнык П.В., Калынюк Т.Г. *Основные направления организации аптечного изготовления лекарственных средств в условиях чрезвычайных ситуаций* // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2014. № 24 (195). Выпуск 28. С. 162-166.

4. Патент 2254875, РФ, МПК А61L2/24, А61L12/00. *Устройство комплекса для изготовления инфузионных растворов в полимерных контейнерах* / Макушенко Е.В., Раевский К.К., Умаров С.З., Мирошниченко Ю.В. (RU); патентообладатели: Макушенко Е.В., Раевский К.К., Умаров С.З., Мирошниченко Ю.В. (RU). заявл. 17.12.2003; опубл. 27.06.2005 // URL: <http://www.findpatent.ru/patent/225/2254875.html>,

5. Патент 2264829, РФ, МПК А61L 2/00, 2/24. *Лаборатория инфузионных растворов в полимерных контейнерах* / Макушенко Е.В., Раевский К.К., Умаров С.З., Мирошниченко Ю.В. (RU); патентообладатели: Макушенко Е.В., Раевский К.К., Умаров С.З., Мирошниченко Ю.В. (RU). – заявл. 17.12.2003; опубл. 27.11.2005, бюл. № 33.

УДК 614.876:621.039:369.06

Вороненко Дмитро, магістр фармації,
старший викладач кафедри військової фармації
Українська військово-медична академія, Київ, Україна
Олійник Петро, доктор фарм.н., доцент,
професор кафедри медицини катастроф та військової медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОТИРАДІАЦІЙНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ЗОН СПОСТЕРЕЖЕННЯ АТОМНИХ ЕЛЕКТРИЧНИХ СТАНЦІЙ

В представленій роботі наведено узагальнені результати аналізу законодавчої та нормативно-правової бази з організації протирадіаційного захисту населення в умовах ліквідації наслідків радіаційних аварій. Встановлено, що сучасний стан фармацевтичного і медичного забезпечення населення України, яке проживає у зонах спостереження атомних електричних станцій потребує вдосконалення. Визначено, що одним із основних шляхів вирішення проблеми є запровадження нормативно-правового акту щодо забезпечення населення, яке проживає на території зон спостереження протирадіаційними аптечками для профілактики і лікування радіаційних уражень, за рахунок субвенції із спеціального фонду Державного бюджету України.

Ключові слова: радіаційна аварія, зона спостереження, протирадіаційний захист, лікарські засоби, предмети медичного призначення.

Voronenko Dmytro, Master of Pharmacy, Senior Lecturer
Department of Military Pharmacy
Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine
Oliynyk Petro, Doctor of Pharm. Sciences, Professor
Department of catastrophe medicine and military medicine
Danylo Halytsky Lviv national medical university, Lviv, Ukraine

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ANTI-RADIATION PROTECTION OF POPULATION OF ATOMIC ELECTRICAL STATION SURVEILLANCE ZONES

The presented paper presents the generalized results of the analysis of the legislative and regulatory framework on the organization of radiation protection of the population in the conditions of elimination of the consequences of radiation accidents. It is established that the current state of pharmaceutical and medical support of the population of Ukraine living in the areas of observation of nuclear power plants needs improvement. It has been determined that one of the main ways of solving the problem is the introduction of a legal act on providing the population living in the territories of observation zones with radiation kits for the prevention and treatment of radiation damage, at the expense of a subvention from the special fund of the State Budget of Ukraine.

Keywords: radiation accident, surveillance zone, radiation protection, medicines, medical supplies.

Ядерні технології, які використовуються в енергетичній і військовій галузях, несуть загрозу для населення і навколишнього середовища. Випробовування ядерної зброї і аварії на атомних електричних станціях (АЕС) свідчать про те, що їх негативні наслідки можуть розповсюджуватись за межі національних кордонів і виявляти вплив на здоров'я населення протягом багатьох поколінь [1, 2]. В Україні діють 4 АЕС з 15 енергоблоками, одна з яких, Запорізька АЕС є найпотужнішою в Європі [3].

В умовах відсутності державного контролю радіаційної безпеки на окремих територіях Донецької та Луганської областей, окупованих незаконними збройними формуваннями, опинились 73 суб'єкти господарювання, які в своїй діяльності використовують понад 1200 одиниць закритих радіонуклідних ДІВ (у тому числі 8 закладів, які мають високоактивні ДІВ I категорії з активністю понад 1000 Кюрі). Запорізька та Південно-Українська АЕС розміщені у безпосередній близькості тимчасово окупованих територій і в будь який час можуть бути атаковані безпілотними літальними апаратами від проникнення яких, як свідчить досвід, не існує достатньо ефективного захисту [5]. Все це створює передумови навмисного або випадкового руйнування ядерних об'єктів під час воєнних дій та скоєння терористичної атаки [5, 6].

Метою дослідження є аналіз сучасного стану фармацевтичного і медичного забезпечення населення України, яке проживає у зонах спостереження АЕС і обґрунтування необхідності вдосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з організації протирадіаційного захисту населення в умовах ліквідації наслідків радіаційних аварій (РА).

В результаті проведеного аналізу можна зробити висновок про те, що найбільш реальним сценарієм надзвичайних ситуацій (НС) радіаційного походження на території України є можливість виникнення аварії на АЕС і ядерних реакторах. Про це свідчать аварії на Чорнобильській АЕС (1986), аварія на АЕС Три Майл Айленд (Three Mile Island) (1979), аварія на АЕС Фукусіма Дайічі (Fukushima Daiichi) (2011). Таким чином, ризик виникнення НС радіаційного походження різних масштабів і характеру впливу на території і населення в теперішній час залишається високим, що потребує підготовки і проведення відповідних заходів щодо профілактики радіаційних уражень в результаті опромінення населення, яке знаходиться або проживає у зонах спостереження АЕС.

На випадок аварій на кожній АЕС існують зони спостереження (СЗ), розміри яких для Рівненської, Хмельницької і Південно-української АЕС

встановлюються у радіусі 30 кілометрів, для Запорізької АЕС – у радіусі 50 кілометрів. В ЗС Хмельницької, Рівненської, Південно-Української та Запорізької АЕС проживає близько 820 тисяч осіб (Табл. 1). Найбільша кількість населення (340,33 тис. осіб) проживає в зоні спостереження Запорізької АЕС, яка знаходиться в безпосередній близькості біля зони бойових дій [7, 8, 9]. Законом визначено, що зона спостереження – це територія, на якій можливий радіаційний вплив ядерної установки на населення, що проживає в цій зоні [10].

Таблиця 1.

Кількість населення, що проживає на території зон спостереження діючих АЕС України (тис.осіб)

№ з/п	Найменування АЕС	Кількість осіб, які проживають на території зони спостереження		
		Всього:	У тому числі:	
			у сільській місцевості	у містах
1	Запорізька АЕС	340,33	113,43	226,9
2	Рівненська АЕС	131,40	89,90	41,50
3	Хмельницька АЕС	195,70	109,60	86,10
4	Південно-Українська АЕС	151,70	73,90	77,80
Всього:		819,13	386,83	432,3

З метою компенсації ризику населення, яке проживає на території ЗС АЕС, встановлена соціально-економічна компенсація, яка передбачає створення та підтримання у справному стані захисних споруд, а також необхідність забезпечення населення засобами індивідуального захисту від впливу іонізуючого випромінювання. Проте, не визначений перелік засобів індивідуального захисту, а лише вказується на необхідність забезпечення населення зон спостереження АЕС тільки препаратами стабільного йоду [11]. В Україні відсутній науково обґрунтований перелік лікарських засобів (ЛЗ) і предметів медичного призначення, необхідних для профілактики і лікування радіаційних уражень, не визначений порядок їх накопичення, зберігання та застосування в умовах ліквідації наслідків РА.

У зв'язку з цим та у відповідності до вимог Закону України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку», необхідна постанова КМ України про визначення переліку ЛЗ і предметів медичного призначення, необхідних для профілактики і лікування радіаційних уражень. Необхідно передбачити забезпечення населення, яке проживає на території зон спостереження протирадіаційними аптечками, які містять ЛЗ і предмети медичного призначення для профілактики і лікування радіаційних уражень, за рахунок субвенції із спеціального фонду Державного бюджету України до спеціальних фондів бюджетів обласних, районних, міських рад монофункціональних міст – супутників ядерних установок, на територію яких поширюються відповідні зони спостереження.

Висновки.

На основі теоретичного огляду і аналізу законодавчих актів і нормативно-правових документів встановлено, що сучасний стан медичного і фармацевтичного

забезпечення, як важливої складової компенсації ризику отримання шкоди здоров'ю населенням яке проживає на території ЗС АЕС потребує вдосконалення. Визначено, що одним із основних шляхів вирішення проблеми є запровадження нормативно-правового акту щодо забезпечення населення, яке проживає на території зон спостереження протирадіаційними аптечками, які містять ЛЗ і предмети медичного призначення для профілактики і лікування радіаційних уражень за рахунок субвенції із спеціального фонду Державного бюджету України до спеціальних фондів бюджетів обласних, районних, міських рад монофункціональних міст-супутників ядерних установок, на територію яких поширюються відповідні зони спостереження.

Список використаних джерел

1. Kyne D., Bolin B. *Emerging Environmental Justice Issues in Nuclear Power and Radioactive Contamination. Int J Environ Res Public Health* . 2016. 13 (7): 700.
2. Вакуль С., Харви Л. *Последствия ядерной энергетики для здоровья человека.* URL: <https://cape.ca/human-health-implications-of-the-nuclear-energy-industry-2/>. Дата доступу: 07.10.2019 р.
3. Берковський В.Б., Бончук Ю.В., Ратія Г.Г. *Програма радіаційно-гігієнічного моніторингу для радіологічного захисту людини при радіаційних аваріях та актах ядерного тероризму: методичні вказівки.* Київ, 2018. 61 с.
4. *Доповідь про стан ядерної та радіаційної безпеки в Україні у 2015 році.-Київ: Держатомрегулювання.* 2016. 93 с.
5. Базика Д.А., Логановський К.М., Петриченко О.О., Берковський В.Б. *Реформування системи охорони здоров'я: роль і місце закладів охорони здоров'я третинного рівня при радіаційних надзвичайних ситуаціях в умовах воєнного стану. Проблеми радіаційної медицини та радіобіології.* 2018. Вип. 23. С. 21–36.
6. *Аналітичний огляд стану техногенної та природної безпеки в Україні за 2016 рік.* URL: <http://www.dsns.gov.ua/ua/Analitichniy-oglyad-stanu-tehnogennoyi-ta-prirodnoyi-bezpeki-v-Ukrayini-za-2015-rik.html>. Дата доступу: 07.10.2019 р.
7. *Про затвердження Порядку проведення евакуації у разі загрози виникнення або виникнення надзвичайних ситуацій* Постанова Кабінету міністрів України від 30 жовтня 2013 р. № 841. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/841-2013-%D0%BF>. Дата доступу: 07.10.2019 р.
8. *Вимоги щодо визначення розмірів і меж зони спостереження атомної електричної станції* // Наказ Державної інспекції ядерного регулювання України, Міністерства охорони здоров'я України № 153/766 від 07.11.2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1343-11>. Дата доступу: 07.10.2019 р.
9. *Про внесення змін до Вимог щодо визначення розмірів і меж зони спостереження атомної електричної станції* // Наказ Державної інспекції ядерного регулювання України, Міністерства охорони здоров'я України № 206/765 від 23.11.2015 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1567-15>. Дата доступу: 07.10.2019 р.
10. *Закон України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку»* // Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1995. № 12. ст.81. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/39/95-%D0%B2%D1%80> Дата доступу: 05.10.2019 р.
11. *Закон України N 4717-VI від 17.05.2012 «Про внесення змін до Закону України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку» щодо вдосконалення механізму соціального захисту населення, яке проживає на території зони спостереження».* Відомості Верховної Ради (ВВР). 2013. №14. ст.91. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4717-17> Дата доступу: 03.10.2019 р.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

УДК 341

Лехмак Ярослав
аспірант кафедри соціальної фармації
Кубарєва Інна
к.фарм.н., доцент,
проректор з науково-педагогічної роботи
Карпенко Лілія
к.фарм.н., доцент,
доцент кафедри соціальної фармації
Національний фармацевтичний університет,
м.Харків, Україна

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

***Анотація.** На сучасному етапі розвитку суспільства в Україні держава не може в повній мірі забезпечити потреби населення, у зв'язку із чим гуманітарна допомога є ключовим способом розв'язання соціальних потреб населення. Таким чином, актуальним є дослідження стану правового врегулювання проблемних питань отримання гуманітарної допомоги у чинному законодавстві України та пошук шляхів їх удосконалення, що і представлено у даній роботі.*

***Ключові слова:** гуманітарна допомога, державне регулювання, нормативно-правова база, операція Об'єднаних сил.*

Lekchmak Yaroslav
PhD student in the Department of Social Pharmacy
Kubarieva Inna
docent, Vice-rector for scientific and pedagogical work
Karpenko Liliya
docent, Associate Professor of the Department of Social Pharmacy
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

LEGAL REGULATION OF HUMANITARIAN AID IN UKRAINE

***Abstract.** At the present stage of social development in Ukraine, the state cannot fully meet the needs of the population, making humanitarian aid a key way of addressing the social needs of the population. In this regard, it is relevant to study the state of legal regulation of the problematic issues of receiving humanitarian aid in the current legislation of Ukraine and to find ways to improve them, as presented in this paper.*

***Keywords:** humanitarian aid, state regulation, regulatory framework, United States operation.*

Постановка проблеми. Сьогодні найбільш гострою є проблема з доступом соціально вразливих категорій населення до соціальних послуг та державної допомоги. До відповідної категорії населення можливо віднести осіб, які мають обмежені ресурси для самостійного задоволення

потреб та реалізації прав, перебуваючи у звичайних умовах, та осіб, які за незалежних від них обставин потрапили до особливо складних соціальних умов. Це також стосується військовослужбовців, які перебувають в зоні операції Об'єднаних сил (ООС). З огляду на ці обставини, соціально вразливі категорії населення залежні від гуманітарної допомоги.

У зв'язку із цим актуальним є дослідження стану правового врегулювання проблемних питань отримання гуманітарної допомоги у чинному законодавстві України та пошук шляхів їх удосконалення.

Стан дослідження проблеми. Наприкінці 70-их років XIX століття вперше було документально зафіксовано факт гуманітарної допомоги.

Кінець XIX століття характеризується закріпленням у міжнародному осередку Червоного Хреста терміну «гуманітарної допомоги». Функціонування Червоного Хреста базується на загальнолюдських принципах доброти та милосердя. Їх реалізація у формі надання різноманітних видів гуманітарної та медичної допомоги вимагає всебічної підтримки суспільства та відсутності будь-яких бар'єрів, особливо політичного характеру. Саме такі потреби й визначають міжнародну спрямованість діяльності Червоного Хреста [10].

За часів Радянського Союзу поняття «гуманітарна допомога» почало поширюватись і набувати загального вжитку наприкінці 80-х – початку 90-х років XX століття [10].

Питання правового регулювання гуманітарної допомоги в Україні вченими найбільше досліджено у контексті переміщення гуманітарної допомоги через митний кордон України. Означене питання порушували у своїх працях такі науковці, як М.М. Антонович, І.О. Базилук, Є.В. Додін, Є.Є. Додіна, О.Єфімов, О.І. Зельніченко, Н.О. Коваль, Б.А. Кормич, А.В. Мазур, Д.В. Приймаченко, О.В. Сєрих, В.В. Ченцов та ін.

Досліджували питання благодійництва такі вчені, як Н.Ю. Беляєва, Л.Е. Бідний, В.І. Борисова, М.І. Брагінський, С.В. Вороніна, Г.В. Гончаренко, В.Л. Згурська, О.В. Козерод та ін [11, с. 128].

Виклад основного матеріалу. Правові, соціальні засади отримання, надання, організаційне оформлення, розподіл і контроль за цільовим використанням гуманітарної допомоги врегульовано Законом України «Про гуманітарну допомогу», який прийнято Верховною Радою України від 22.10.1999 № 1192-XIV, а набрав чинності – 01.01.2000 (надалі – Закон України № 1192-XIV); підзаконними нормативними актами Міністерства соціальної політики України, міжнародними договорами України, згода на

обов'язковість яких надана Верховною Радою України, іншими нормативно-правовими актами [1, 3-9].

Зокрема, відповідно до абзацу 3 статті 1 Закону України № 1192-XIV гуманітарна допомога – безоплатна допомога, яка надається в грошовій або натуральній формі (взуття, одяг, лікарські засоби тощо), у вигляді безповоротної фінансової допомоги (гроші не повертаються особі, яка здійснила допомогу) або добровільних пожертвувань, виконання робіт, надання послуг, яка надається іноземними та вітчизняними донорами на підставі гуманних мотивів отримувачам гуманітарної допомоги в Україні або за кордоном (Україна також надає гуманітарну допомогу іншим країнам), які її потребують через соціальну незахищеність, матеріальну незабезпеченість, важке фінансове становище, через виникнення надзвичайного стану (стихійне лихо, аварія, епідемії і епізоотії, екологічні, техногенні та інших катастрофи, які створюють загрозу для життя і здоров'я населення, або тяжкою хворобою конкретних фізичних осіб, а також для підготовки до оборонної здатності держави та її захисту у разі збройної агресії або збройного конфлікту. Гуманітарна допомога це різновид благодійництва [9].

Однак, питання надання гуманітарної допомоги окремими державами та міжнародними неурядовими організаціями не є благодійністю у контексті Закону України «Про благодійну діяльність та благодійні організації» [8].

Закон України № 1192-XIV містить чітку ознаку для відрізнєння гуманітарної допомоги від благодійної: певні безоплатно надані товари, роботи або послуги можуть бути визнані як гуманітарна допомога лише за рішенням уповноваженого державного органу.

Здійснення гуманітарної допомоги та її переадресування юридичними особами приватного права є у повній мірі благодійністю, основною перевагою якої є особливий режим оподаткування, а саме: звільнення від оподаткування.

Гуманітарна допомога має свої особливості:

- 1) вона завжди має чітко визначений цільовий характер і передбачає конкретне призначення;
- 2) особливо важлива область благодійності;
- 3) отримувач гуманітарної допомоги має особливий статус;
- 4) вимагає письмової пропозиції від донора надати її;
- 5) вимагає згоди одержувача гуманітарної допомоги та інших для її отримання.

Стаття 4 Закону України № 1192-XIV визначає спеціальні державні органи з питань гуманітарної допомоги, наділені повноваженнями у цій сфері.

Так, спеціальними уповноваженими державними органами з питань гуманітарної допомоги є: центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері соціального захисту населення, а також обласні та Київська міські державні адміністрації [9].

Міністерство соціальної політики України (надалі – Мінсоцполітики) є спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, надання гуманітарної допомоги. Міністерство соціальної політики України здійснює визнання вантажів, коштів, у тому числі в іноземній валюті, виконаних робіт, наданих послуг гуманітарною допомогою; здійснює контроль за транспортуванням, отриманням, збереженням, охороною, складуванням, розподілом, цільовим використанням, обліком гуманітарної допомоги, підготовкою відповідної статистичної звітності; здійснює в межах повноважень, передбачених законом, контроль за діяльністю Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій; веде Єдиний реєстр отримувачів гуманітарної допомоги [1].

Рішення про визнання об'єктів гуманітарної допомоги приймається Мінсоцполітики на підставі «Порядку взаємодії центральних органів виконавчої влади з Національним банком щодо визнання товарів (товарів), коштів, у тому числі в іноземній валюті, виконаних робіт, надані послуги з гуманітарної допомоги», затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2013 № 241 на засіданні відповідної робочої групи протягом строку, визначеного Мінсоцполітики з дня надходження відповідних документів [6].

Станом на кінець жовтня Єдиний реєстр отримувачів гуманітарної допомоги налічує 1421 отримувачів та містить основну інформацію про них.

Інформація, що міститься в Реєстрі на сайті Мінсоцполітики, є відкритою і загальнодоступною, постійно оновлюється [2, 6].

Перелік товарів, які можна віднести до гуманітарної допомоги, визначено статтею 6 Закону України № 1192-XIV. Відповідно до пункту 3 статті 8 Закону товари (предмети), що ввозяться (відвантажуються) як гуманітарна допомога, підлягають першому пріоритету, безкоштовному, спрощеному декларуванню органами доходів і зборів, з обов'язковим

встановленням митної справи декларації на митних деклараціях. Продажі заборонені». Перерахування коштів в іноземній валюті на валютні рахунки одержувача гуманітарної допомоги здійснюється без ліцензій і не підлягає обов'язковому продажу на міжбанківському валютному ринку [9].

Опрацювавши розпорядження Мінсоцполітики «Про визнання вантажів гуманітарною допомогою», які розміщені на офіційному сайті Міністерства, було встановлено, що гуманітарна допомога, у своїй більшості, надходить від закордонних країн (ЄС, Міжнародний комітет Червоного Хреста, США, Німеччина, Данія, ін) та є різноплановою та багаторівневою (лікарські засоби, продукти, товари особистої гігієни, медичне обладнання та ін.) [6].

Вважаємо, що в умовах політичної нестабільності у державі мільйони людей відчують на собі складні гуманітарні наслідки, визначну роль для соціально уразливих категорій є отримання гуманітарної допомоги. У ході аналізу інформації Мінсоцполітики від 2018 року щодо осіб, які потребують допомоги різних видів зареєструвало 1,5 мільйона внутрішньо переміщених осіб по всій країні.

21 листопада 2018 Кабінет Міністрів України ухвалив постанову «Про затвердження Плану заходів з реалізації Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року», розроблену Міністерством з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України [5].

Заходи, які містяться у Стратегії опосередковано передбачають надання внутрішньо переміщеним особам гуманітарної допомоги, оскільки перешкоди у придбанні та доставці лікарських препаратів та медичного обладнання і його обслуговуванні призводить до їх нестачі та впливає на здатність надавати життєво необхідні медичні послуги.

Нерегулярне постачання лікарських засобів, товарів медичного призначення та діагностичного обладнання позбавляє тих людей, які залежать від них життєво важливих медичних послуг та ліків, включаючи інсулінозалежних діабетиків, пацієнтів, які потребують гемодіалізу і послуг із переливання крові, а також позначається на здоров'ї та працездатності військовослужбовців, які перебувають в зоні ООС.

Відповідне зумовило прийняття Порядку в'їзду осіб, переміщення товарів на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях і виїзду осіб, переміщення товарів з таких територій,

затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 липня 2019 № 815 [7].

Порядок оперує такими поняттями як: гуманітарні майданчики, гуманітарно-логістичний центр та досить детально описує процедуру та особливості діяльності гуманітарно-логістичних центрів, а також переміщення гуманітарних вантажів на тимчасово окуповані території.

Гуманітарні майданчики – облаштовані ділянки, де здійснюється контроль за товарами, які попередньо були визнані гуманітарною допомогою та/або переміщені від міжнародних гуманітарних організацій за процедурою, яка є спрощеною та формуються товари для їх ввезення на тимчасово окуповані території.

Поняття гуманітарно-логістичних центрів, визначене чинним законодавством характеризується тим, що на певній території здійснюється роздрібна та дрібнооптова торгівля продуктами харчування, засобами особистої гігієни, лікарськими засобами, медичними виробами, одягом і взуттям, побутовою хімією, а також надання послуг (у тому числі послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг), адміністративних, банківських), гуманітарної та благодійної допомоги.

Гуманітарно-логістичні центри утворюються та облаштовуються на контрольованій території між контрольним пунктом в'їзду/виїзду та лінією розмежування з метою забезпечення населення, що проживає на тимчасово окупованих територіях та лінії розмежування, товарами і послугами, а також гуманітарною та благодійною допомогою.

Отже, можемо запропонувати, щоб на законодавчому рівні був закріплений перелік пацієнтів, які потребують отримання гуманітарної допомоги від держави у вигляді лікарських засобів та/або медичного обстеження, що дозволить наперед розрахувати кошти, які необхідно виділити із державного бюджету та для правильного перерозподілу гуманітарної допомоги, отриманої від закордонних країн.

Висновки.

1. За умов активізації сучасних зовнішніх та внутрішніх викликів та загроз актуалізується питання щодо формування концептуальних підходів до безпекової політики в гуманітарній сфері та її оптимізація в контексті подолання даних загроз. Гуманітарна політика, на нашу думку, повинна бути реальною та у повній мірі забезпечувати найбільш уразливі категорії громадян нашої країни необхідними речами, послугами.

2. Активний конфлікт на сході України продовжує негативним чином впливати на доступ мільйонів людей, в тому числі

військовослужбовців, до основних послуг з охорони здоров'я. Місцеві постачальники таких послуг все ще зазнають труднощів у задоволенні основних потреб найбільш уразливих груп населення, які включають жінок, дітей молодше п'яти років та людей похилого віку.

Список використаних джерел

1. Гуманітарна допомога // Міністерство соціальної політики України. URL : <https://www.msp.gov.ua/timeline/Gumanitarna-dopomoga.html>.
2. Звіт за результатами дослідження системи соціального захисту учасників бойових дій та членів родин загиблих в АТО компанії GfK на замовлення Координатора проектів ОБСЄ в Україні від 15.12.2016. URL: https://drive.google.com/open?id=1Upa4reZ77sULPE5_MUxLs4Lkkr-bFImtUbVV5MgTLOY.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України № 1313/2000 від 7 грудня 2000 року. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.
5. План заходів з реалізації Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2018 р. № 944-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/944-2018-p>.
6. Порядок взаємодії центральних і місцевих органів виконавчої влади та Національного банку щодо реалізації Закону України “Про гуманітарну допомогу”: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2013 р. № 241 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/241-2013-n>.
7. Порядок в'їзду осіб, переміщення товарів на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях і виїзду осіб, переміщення товарів з таких територій: Постанова Кабінету Міністрів України від 17 липня 2019 № 815 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2019-n/sp:wide-:max15>.
8. Про благодійну діяльність та благодійні організації: Закон України від 05.07.2012 № 5073-VI URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5073-17>.
9. Про гуманітарну допомогу : Закон України від 22.10.1999 № 1192-XIV URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1192-14/para01#o1>.
10. Цимбалюк М. Символ гуманності та співчуття // Вісник Червоного Хреста України. 1999. № 2.
11. Швець Ю.О., Скворцова А.В. Управління оборотними активами підприємств // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2015. № 13. С. 127–130.

Науковий керівник:
доц.. Кубарева І.В.

УДК 614.2

Талецкая Наталья, старший преподаватель

Мишкин Инга, старший преподаватель

*Кафедра лингвистических дисциплин и межкультурных коммуникаций
Белорусский государственный университет, МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ
Минск, Республика Беларусь*

СОВРЕМЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ГЕРМАНИИ И ФРАНЦИИ

Аннотация: Известно, что Германия и Франция славятся своими медицинскими разработками, инновациями и успехами в Европе. Но главное в медицине двух стран – это государственные расходы на здравоохранение. Если в Германии на душу населения затрачивается 2664 евро на человека в год, то во Франции 2727 евро. Очень важное достижение двух стран – это успешные достижения в лечении онкологических заболеваний. В особенности, использование в двух странах методов щадящих операций при далеко зашедших стадиях заболеваний.

Ключевые слова: организация здравоохранения, управление здравоохранением, Германия, Франция, чрезвычайные ситуации.

Taletskaya Natalia,

Mishkin Inga

*Teachers of department of linguistic disciplines and intercultural communication
Belarusian State University, International Sakharov Environmental Institute
Minsk, Belarus*

MODERN HEALTHCARE IN GERMANY AND FRANCE

Abstract: It is known that Germany and France are famous for their medical developments, innovations and successes in Europe. But the main thing in the medicine of the two countries is public spending on healthcare. While Germany spends 2,664 euros per person in the year, France spends 2,727 euros. A very important achievement of the two countries is the successful achievements in the treatment of cancer. In particular, two countries use methods of sparing operations in advanced stages of disease.

Key words: organization of healthcare, management of healthcare, Germany, France, emergencies.

Франция и Германия – европейские страны с хорошо развитой современной системой здравоохранения. Государственная служба здравоохранения – главное и ответственное звено всего нового и передового в медицинских открытиях. Министерство здравоохранения и социального обеспечения – высший орган в здравоохранении двух стран [3].

В Германии медицинское страхование осуществляют – больничные кассы: региональные, альтернативные, больничные кассы предприятий, профессиональных объединений, отдельных категорий работников:

моряков, железнодорожников, ремесленников. Выбор кассы является свободным. Крупнейшая больничная касса Германии – «Бармер» со штатом сотрудников более 19 000 [1, 4].

Все кассы осуществляют 4 вида страхования: пенсионное, от безработицы, от несчастных случаев на предприятии и медицинское. Около 90 % населения имеет государственное медицинское страхование, 8 % – частное, 2 % подлежат особому виду страхования. Финансирование социального страхования – обязательное и необходимое условие для любого работодателя на случай болезни как для работающих по найму, так и приравненных к ним групп [4].

В централизованный Национальный фонд страхования по болезни поступают средства из страховых систем государства Франции.

Их существует несколько:

1. Самая крупная и основная система здравоохранения – это общая система социального страхования. Она включает в себя как работающих по найму в промышленности и торговле, так и государственных служащих, инвалидов, студентов, вдов, сирот, врачей. Более 68 % населения покрывает именно эта система страхования. Государство выплачивает чуть больше 2 % сборов, тем самым, практически, не принимая участия в финансировании общей системы. Это и есть главный и положительный момент в лечении.

2. Система социального страхования работающих по найму в сельскохозяйственном секторе, охватывает до 20 % населения.

3. Существование так называемых особых систем, охватывают 6 % населения. Наиболее крупными из них являются: система горняков, торгового флота и система кадровых военных. Люди, застрахованные в особых страховых системах, имеют большие льготы, чем общая система социального страхования, но только при наличии более длительного рабочего стажа. И чем стаж длиннее, тем, соответственно, выше и страховые льготы [5, с. 38-40].

Система социального страхования подчинена управлению государственными органами власти, но имеет финансирование, как правило, только из 3-х источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей, взносы самих работников [5, с. 39].

Что же положительного и важного есть в системе социального страхования Германии.

Больничные кассы, действующие на федеральном уровне (Ersatz-Kassen) устанавливают единый размер взноса на территории Германии.

Фонд здоровья в свою очередь берет на себя распределение финансовых средств между больничными кассами. Кроме того выделяются дополнительные суммы для больных с тяжелыми заболеваниями и со значительными расходами на лечение. Однако если больничная касса нуждается в дополнительных средствах, она имеет право взимать дополнительный взнос с застрахованного гражданина [4].

В целом, именно система социального страхования более признана и популярна в мире.

- Целевые финансирования обеспечивают плательщикам надежную гарантию возвратности всех средств.

- Целевой характер финансирования создает возможность быстро и оперативно реагировать на новые и необходимые потребности в медицинской помощи.

- Целевые взносы могут быть обязательными для всех получателей доходов, уплачиваться только в виде определенного процента от заработной платы (во Франции – это не менее 16 %).

- Объем медицинских услуг не может зависеть от материального достатка лиц и размеров взносов в страховые фонды. Из личных средств каждый пациент оплачивает не более 25 % гонорара врача за визит либо на дом или на консультацию у специалиста в его кабинете. 20 % гонорара при посещении врача в больнице. 30 % гонорара – визит к стоматологу. 30 % гонорара – стоимость лабораторных анализов и обслуживания в домах сестринского ухода. 20 % гонорара – за лечение в больнице не более одного месяца [2, 8].

К сожалению, застрахованные лица не участвуют в расходах на медицинскую помощь при наличии: злокачественных новообразований, полиомиелита, диабета у детей. Сюда входят и другие виды заболеваний, в перечне которых около 20 названий. Не участвуют застрахованные лица и в расходах при госпитализации, превышающей более 30 дней пребывания. На бесплатную медицинскую помощь имеют право рассчитывать инвалиды любой группы [7].

Важным достижением национального здравоохранения Германии считается система унифицированных тарифов за медицинскую помощь, т.е. одинаковые цены за одинаковые услуги в каждой из 16 федеральных земель. Для взаиморасчетов между медицинскими и страховыми организациями создана электронная интегрированная система регистрации, контроля осмотров, приема препаратов, оплаты [1, 6].

Как осуществляется стоимость медицинских услуг.

При медицинской помощи, обратившийся больной оплачивает всю стоимость услуг, после чего страховая организация возмещает ему разницу затраченных денег. Но, имеется один минус. В этот период ожидания, возмещение денежных средств может длиться достаточно долго. Прежде всего, это связано с отсутствием средств в кассах страховых компаний. За это время цены продолжают расти. В результате, полученные суммы по покупательной способности, чаще оказываются ниже средств, затраченных на лечение [7].

Помощь частных страховых компаний вынуждает население прибегать именно к ним, чтобы не вызывать необходимость платить крупные суммы за лечение в условиях его быстрого подорожания.

Какова организация медицинской помощи.

1. Внебольничная помощь. Частнопрактикующие врачи, заключившие соглашение с органами социального страхования, играют основную роль при оказании внебольничной помощи пациентам. В последнее время широкое распространение получила групповая практика. В группы входят врачи как одной, так и различных специальностей. Поликлинические отделения, кабинеты врачебной помощи при общественных больницах общего типа также оказывают внебольничную помощь и играют важную роль. Сюда входят многопрофильные центры здоровья. Специализированную помощь лицам оказывают государственные диспансеры, имеющие соглашения с органами социального страхования такие как: противотуберкулезные, венерологические, психоневрологические, противораковые заболевания.

2. Больничную помощь обеспечивают государственные и частные больницы. Государственные больницы имеют подразделения в 3 категории:

а) местные или сельские больницы, число мест которых не должно превышать более 40 коек.

б) общие больницы с полным диапазоном медицинских услуг, количество мест данной категории не должно превышать более 1000 мест.

в) клинические больницы с научно-исследовательской или учебной работой, лечебных мест рассчитано от 1300 до 2830 коек [4, 7].

Конечно, не редко бывают ситуации, когда лечение не соответствует ожиданиям пациента. Однако не приходится сомневаться, что эти страны отличаются сильно развитой и мощной медициной.

Социально направленные программы стран вдохновляют людей, избавляют от страха болезни. А главное, две страны работают рука об

руку, что приносит особые успехи в достижении здоровой и счастливой нации.

Список литературы

1. Алексеев В.А., Вартамян Ф.Е., Шурандина И.С. *Оценка систем здравоохранения с позиции Всемирной организации здравоохранения* // Здравоохранение. 2009. № 11. С. 57-67.
2. Борисов К.Н. *Реформы здравоохранения в Германии: плюсы и минусы.* // Международное здравоохранение. 2012. № 11 (2). С. 3-12.
3. Бурменко Т.Д., Тарханова Е.Г. *Состояние сферы социально значимых услуг в мире (на примере здравоохранения и образования)* // Известия ИГЭА. 20013. № 5 (91). С.109-116.
4. *Системы здравоохранения: время перемен. Германия. – Европейское региональное бюро ВОЗ* // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Брюссель, 2004. 240 с.
5. Agasi S. *Cross border healthcare in Europe.* // Eurohealth. 2002. P. 37-40.
6. Busse R. *Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance* // European Journal of Public health. 2001. № 11 С. 174-177.
7. Com-RuelleL, Or Z., Renaud T. *The volume-outcome relations in hospitals.* IRDES, September 2008. № 135.
8. Frenk J, Murray C. *A WHO framework for health system performance assessment.* Bulletin of the World Health Organization. 2000. P. 717–731.

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ОСВІТИ

**Збірник наукових праць
присвячений 75-річчю кафедри
медицини катастроф та військової медицини
Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького**

*Відповідальний за випуск: В.В. Гуменюк
Макет і комп'ютерна верстка: В.В. Гуменюк
Дизайн обкладинки: В.В. Гуменюк*

Адреса оргкомітету:

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
79008, м. Львів, вул.Шімзерів, 8Б
kaf_armymed@meduniv.lviv.ua; mns_lnmu@ukr.net

Актуальні проблеми та перспективи розвитку медичної науки та освіти:
зб. наук. праць, присвячений 75-річчю кафедри медицини катастроф та
військової медицини Львівського національного медичного університету імені
Данила Галицького / [упорядник : В.В. Гуменюк]. Львів, 2019. 235 с.

Електронне видання
Умовн.-друк. арк. 13,8. Об'єм файлу – 3,3 МБ.