

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ
З ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

МАТЕРІАЛИ

**XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ**

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

**(з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України
за допомогою відеоконференц-зв'язку)**

*18–19 травня 2017 року
м. Тернопіль*

У двох томах
ТОМ 1

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2017

УДК 378:61(063)(477)

Відповідальний за випуск: проф. А. Г. Шульгай.

Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 18–19 трав. 2017 р.) : у 2 т. / Терноп. держ. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2017. – Т. 1. – 211 с.

тільки внаслідок удосконалення організаційних заходів, а головним чином, завдяки осучасненню матеріально-технічної бази навчальних закладів, забезпеченню рівності в доступності до вищої медичної освіти, усуненню комерціалізації та корупції в отриманні та в оцінці її рівня, у зацікавленості майбутніх лікарів у здобутті, безперервному

поповненні та удосконаленні свого освітньо-професійного рівня.

Висновок. Процес наближення до Європейських стандартів вищої медичної освіти в Україні потребує врахування реальних можливостей, а також збереження національних здобутків у цій галузі.

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ЯК МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ НА ЦИКЛІ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»

А. Є. Поляков, О. М. Муравська, Т. М. Прокопова, І. Г. Чемересюк, І. В. Журавельов

Одеський національний медичний університет

Однією з основних задач в процесі вивчення внутрішніх хвороб у випускників медичного університету є формування у них основ клінічного мислення. Відповідно із програмою студенти III курсу на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб вивчають семіотику захворювань, оволодівають основними навичками лікарського обстеження хворого. На IV і V курсах предметом вивчення є етіологія, патогенез, клініка та методи лікування. На шостому курсі студенти вивчають клінічні варіанти перебігу захворювань, диференціальну діагностику та диференційовану терапію. Розуміючи всю важливість нашого завдання, як випускаючої кафедри, викладачі більш ніж 15 років ведуть методологічну розробку проблеми диференціального діагнозу внутрішніх хвороб, яка починається з критичної оцінки симптомів, які були виявлені під час клінічного обстеження хворого, а також результатів інструментальної та клінічної діагностики [1]. Ця оцінка повинна закінчитись вибором провідного синдрому (або групи синдромів). Провідним синдромом ми називаємо головний, етіологічно та/або патогенетично обґрунтований синдром, деколи найяскравішу ознаку, що домінує в картині захворювання. Наприклад, у хворого виявили патологічно підвищену кровоточивість гематомного типу, що вже само по собі звужує обсяг диференціального діагнозу до пошуку нозологічної одиниці всередині групи геморагічних діатезів, в основі яких лежить патологія утворення тромбопластину. Диференціальний діагноз хворого в такому випадку проводять між гемофіліями А, В та наявністю в крові імунних інгібіторів факторів VIII та IX. Коли ж провідний синдром відсутній, то існує потреба використовувати провідний симптом. Але потрібно його ретельно охарактеризувати, що дозволить зробити його чіткіше окресленим, притаманним меншій кількості захворювань. Наприклад, патологічна кровоточивість — це провідний симптом десятків різних захворювань, що належать до різних класів геморагічних діатезів. А патологічна кровоточивість тромбоцитарно-судинного типу — це вже провідний синдром, що характеризується певними особливостями: тромбоцитопенією, порушенням ретракції кров'яного згустка, подовженням часу кровотечі. Виконати диференціальний діагноз всередині однієї групи захворювань набагато простіше, ніж серед всієї великої номенклатури геморагічних діатезів. Провідний симптом або синдром може бути клінічним (набряки, суглобовий синдром), клініко-лабораторним (анемічний, нефротичний), лабораторним (бластемія периферичної крові), клініко-інструментальним, наприклад, клініко-рентгенологічний (кардіомегалія, легеневий інфільтрат), і, зрештою, чисто інструментальним. Наступним етапом диференціального діагнозу щодо провідного синдрому є складання диференціально-діагностичної програми або

переліку захворювань, що супроводжуються даним синдромом. Для цього потрібно знати відповідну номенклатуру та класифікації цих хвороб. Наприклад, при провідному синдромі артеріальної гіпертензії лікар повинен включити в цю програму, окрім гіпертонічної хвороби, всі захворювання або групи, що супроводжуються артеріальною гіпертензією. Лікар повинен послідовно складати й порівнювати клінічні, лабораторні та інструментальні дані, що були виявлені у конкретного хворого, з аналогічними показниками всіх захворювань, які включені до диференціально-діагностичної програми. При цьому невідповідність ознак відіграє вирішальну роль, оскільки «тотожність — відносна, а відмінність — абсолютна». Результатом цієї роботи є встановлення формального або абстрактного діагнозу хвороби — *diagnosis morbi*, що визначає належність хвороби, якою страждає хворий, до тієї чи іншої нозологічної форми. Але для того, щоб призначити адекватне повноцінне лікування, цього замало. Лікар повинен визначити діагноз у конкретного хворого, тобто повний індивідуальний діагноз — *diagnosis aegroti*. Цей етап, по суті, являє собою обґрунтування клінічного діагнозу хворої людини, і тут основним є не принцип відмінності, а виявлення тотожності ознак. Так, наприклад, хворому внаслідок проведеного диференціального пошуку було встановлено формальний діагноз — гостра ревматична ліхоманка. Після цього лікар повинен обґрунтувати наявність та ступінь активності ревматичного процесу, первинний чи повторний ревмокардит, наявність та характер пороків серця, позасерцевих уражень. Слід також обґрунтувати наявність і стадію серцевої недостатності та супутніх захворювань. Це й буде індивідуальний, або повний клінічний діагноз, що є підставою для призначення повноцінного лікування конкретного хворого. Звичайно, що й на цьому етапі обґрунтування діагнозу за наявністю ознак, наприклад, прискорення швидкості осідання еритроцитів, лейкоцитозу, підвищення С-реактивного протеїну тощо, лікар використовує елементи відмінності, що визначаються рівнем відхилень цих показників та характеристикою ступеню активності процесу. Позитивний ефект після адекватного лікування може бути ще одним доказом того, що діагноз було визначено правильно. Так, збільшення кількості ретикулоцитів та нормалізація картини «червоної крові» на фоні лікування ціанкобаламіном підтверджує діагноз мегалобластичної В12-дефіцитної анемії. Очевидним є те, що диференціальний діагноз — не якийсь ізольований метод діагностики. У процесі його проведення лікар використовує дані й інших методів, наприклад, результати активного спостереження за хворим, пробної терапії, індуктивного методу тощо. Диференціальна діагностика не завершується визначенням остаточного діагнозу, адже хвороба розвивається,

змінює свою активність, стадію, форму, з'являються нові ускладнення. Все це призводить до зміни або уточнення індивідуального діагнозу хворого. З появою нових методів обстеження (комп'ютерна томографія, ядерно-магнітний резонанс) виникає навіть необхідність змінити діагноз хвороби. Наприклад, замість гіпертонічної хвороби у пацієнта знаходять докази симптоматичної реноваскулярної гіпертензії, обумовленої фібромускулярною гіперплазією судин нирок. Таким чином, диференціальний діагноз являється провідним методом діагностики хвороб. Він розпочинається вже з першого обстеження хворого і продовжується до кінця хвороби [2, 3]. І не зважаючи на сучасні досягнення теоретичної та клінічної медицини, які дозволяють розпізнавати патологічні процеси на різних рівнях — органному, тканинному, клітинному, молекулярному і навіть субмолекулярному, наявність комп'ютерних програм, які дозволяють повністю чи частково провести диференціальну діагностику (QMR, DiagnosisPro, и VisualDx) [4, 5, 6] залишається основним інструментом лікаря в постановці діагнозу.

Література:

1. В.М.Юрлов, І.Г.Кульбаба. Диференціальна діагностика внутрішніх хвороб. Навч. посібник/За заг. ред. В.М.Запорожана. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. - 360с.
2. Walter Siegenthaler. Differential diagnosis in Internal medicine: from symptom to diagnosis. Thieme, 2011. 1140 p. ISBN 1604062193
3. Angelo Argento. Master differential diagnosis; Internal Medicine. Create Space Independent Publishing Platform, 2013. 600 p. ISBN 978-1491210055.
4. Evaluation of a Computer Assisted Decision Support System (DSS) for Diagnosis and Treatment of Ventilator Associated Pneumonia (VAP) in Intensive Care Unit (ICU). Available at: <https://web.archive.org/web/20090210153952/http://gateway.nlm.nih.gov:80/MeetingAbstracts/ma?f=102248792.html>
5. DiagnosisPro differential diagnosis reminder tool. Available at: <https://web.archive.org/web/20081002094931/http://en.diagnosispro.com:8>
6. VisualDx — Visual Clinical Decision Support System (CDSS) for Diagnostic Accuracy. Available at: <https://www.visualdx.com/>

СТАНДАРТИ ОСВІТИ ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»

О. С. Полянська

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. За останні 5 років інвалідність в Україні зростає на 5,5%, а за 2 роки внаслідок бойових дій на сході України - зростає на 20 тис осіб. В більшості розвинених країн світу функціонують центри фізичної медицини та реабілітації для покращення здоров'я, функціонування та якості життя пацієнтів.

Основна частина. Перші кроки до впровадження в Україні подібної потужної системи реабілітації вже зроблені – Україна приєдналась до виконання Глобального плану ВООЗ по інвалідності “ Ліпше життя для людей з інвалідністю “ на 2012-2021 роки та ратифікувала Конвенцію по правах інвалідів. Для забезпечення висококваліфікованого кадрового ресурсу запроваджуються міжнародні визначення та стандарти освіти за новими спеціальностями «Фізичний терапевт, ерготерапевт». Об'єкти вивчення та діяльності фізичного терапевта це обмежені функціональні можливості людини, їх поліпшення за допомогою фізичних засобів з метою відновлення повноцінної життєдіяльності відповідно до бажань і потреб людини в умовах навколишнього, соціального та культурного середовища. Цілі навчання – застосування набутих компетенцій для розробки профілактичних та реабілітаційних стратегій, при визначенні індивідуального плану фізичної терапії з метою покращення здоров'я, функціональних можливостей, адаптації до оточуючих умов, підвищення рівня рухової активності у населення різного віку та з різними можливостями у контексті персональних факторів та оточення. Фізичний терапевт здатний вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми пов'язані з порушеннями рухової функції органів та систем із застосуванням положень, теорій та методів фундаментальних, медичних та клінічних наук, фізичної культури в умовах комплексності та невизначеності. Об'єкти вивчення та діяльності ерготерапевта це обмежені функціональні можливості людини, їх поліпшення з метою відновлення повноцінної життєдіяльності відповідно до бажань і потреб людини в умовах навколишньо-

го, соціального та культурного середовища. Цілі навчання – застосування набутих компетенцій для розробки профілактичних та ерготерапевтичних стратегій при створенні індивідуального плану ерготерапії з метою виявлення наявних порушень та обмежень життєдіяльності, відновлення функціональних можливостей людини з обмеженнями життєдіяльності, використання спеціальних пристосувань, а також адаптації навколишнього середовища, створення оптимальних умов для розвитку і самореалізації людини з обмеженими функціональними можливостями шляхом залучення до організованої діяльності. Ерготерапевт здатний розв'язувати складні спеціалізовані задачі та проблеми, пов'язані з порушеннями активності та участі особи, її взаємодією з оточенням, проводити наукову та навчальну діяльність із застосуванням положень, теорій і методів наукових досліджень, соціальних, педагогічних та медико-біологічних наук в умовах комплексності та невизначеності. Вимоги до наявності системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти визначаються відповідно до Європейських стандартів та рекомендацій щодо забезпечення якості вищої освіти (ESG) та статті 16 Закону України «Про вищу освіту».

Висновки. Підготовка спеціалістів та впровадження мультидисциплінарних реабілітаційних команд за участю лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога дасть можливість проводити якісну і ефективну реабілітацію пацієнтів.

Література:

1. Закон «Про вищу освіту» - <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
2. Національний класифікатор України: "Класифікатор професій" ДК 003:2010 // Видавництво "Соціформ", – К.: 2010.
3. Постанова КМУ від 29.04.2015 №266.
4. TUNING (для ознайомлення зі спеціальними (фаховими) компетентностями та прикладами стандартів - Режим доступу: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>

<i>В. В. Мінухін, Л. С. Габишева, Т. М. Замазій, Н. І. Коваленко</i> ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ	146
<i>О. П. Мінцер, Л. Ю. Бабінцева, Н. В. Мироненко, А. І. Квілінська</i> НОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	147
<i>О. П. Мінцер, О. М. Вернер</i> ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ	148
<i>С. В. Мітіна</i> ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ПРИЧИНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ	148
<i>І. В. Ніженковська, О. В. Афанасенко, О. В. Кузнецова</i> ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ НАУКОВОГО СТУДЕНТСЬКОГО ГУРТКА У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ФАРМАЦІЯ»	149
<i>І. В. Ніженковська, О. О. Глушаченко, О. І. Головченко, О. В. Манченко</i> ОСОБЛИВОСТІ ТА ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	150
<i>В. М. Одинцова</i> ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	150
<i>Ю. В. Октисюк</i> ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	151
<i>Т. Є. Оніщенко, Ю. Ю. Рябоконт</i> КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ	151
<i>Л. П. Передерко</i> ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПУ СИСТЕМНОСТІ ПРИ СКЛАДАННІ ПРОБЛЕМНИХ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ	153
<i>О. В. Пиптюк, А. Я. Паеляк</i> АКТУАЛЬНІ ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	153
<i>Л. А. Пиріг, С. В. Кушніренко</i> ВИЩА МЕДИЧНА ОСВІТА – ІНТЕГРАЛЬНА СКЛАДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	154
<i>А. Є. Поляков, О. М. Муравська, Т. М. Прокопова, І. Г. Чемересюк, І. В. Журавльов</i> ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ЯК МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ НА ЦИКЛІ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»	155
<i>О. С. Полянська</i> СТАНДАРТИ ОСВІТИ ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»	156
<i>Д. В. Попович, В. В. Шафранський, В. Б. Коваль, А. В. Руцька</i> ПЕРСПЕКТИВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»	157
<i>В. М. Проценко</i> ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА. СТВОРЕННЯ ЦИКЛУ ТУ «ВПРОВАДЖЕННЯ ДСТУ ISO EN 15189 :2015 В РОБОТУ КЛІНІКО- ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ: РОЗРОБКА СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР	158
<i>С. М. Пухлік, О. В. Титаренко</i> СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО КЛІНІЧНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ	158
<i>Є. Б. Радзішевська, Н. П. Польотова, С. С. Гранкіна, І. В. Шуба</i> АКТУАЛІЗАЦІЯ КУРСУ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ЗНАТЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я»	159
<i>Ю. Г. Резніченко, О. М. Гиря, М. О. Ярцева, К. В. Самойли</i> ВИКЛАДАННЯ НЕОНАТОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ СИСТЕМ	160
<i>В. П. Риженко, О. І. Андросов</i> ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СТРУКТУРУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ СТВОРЕННЯ ОНЛАЙН-КУРСІВ НА ПЛАТФОРМІ EDX	160
<i>О. А. Рижов, А. М. Попов</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ ЗНАТЬ НА ОСНОВІ ОНТОЛОГІЇ ТА КОГНІТИВНИХ ПРОТОТИПІВ ДО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ (ФАРМАЦЕВТИЧНОГО) НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	161
<i>Н. Г. Риндіна, П. Г. Кравчун, О. Ю. Борзова, Г. Ю. Титова</i> ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ З УРАХУВАННЯМ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДИК	162