

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

МАТЕРІАЛИ
XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю

ІННОВАЦІЇ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ
(з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України
за допомогою відеоконференц-зв'язку)

16–17 травня 2019 року
м. Тернопіль

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2019

УДК 378.001.895:61(063)(477)

I-66

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

Інновації у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XVI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 16–17 трав. 2019 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. – 332 с.

гіпертензії», «Синдром болю», «Синдром аритмії», «Синдром задухи» та інше);

- В якості провідного педагогічного прийому використовувались діагностичні і лікувальні алгоритми в діяльності сімейного лікаря та широко використовувалось проблемно-орієнтоване навчання.

Інновацією в підготовці лікарів загальної практики стало визначення меж їх компетентності з розмежуванням знань та навичок за рівнями надання медичної допомоги відповідно до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Для єдиного розуміння цілей і завдань, що стоять перед викладачами різних циклів та інтернами, співробітниками кафедри сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА» було розроблено та впроваджено «Щоденник інтерна», який є чітко структурованим і складається з двох розділів для очної та заочної частини навчання майбутнього спеціаліста. Робота інтерна з щоденником дозволяє йому усвідомлювати складові своєї майбутньої спеціальності, виділяти пріоритети та напрямки своєї роботи та чітко організувати і планувати її, в той час як викладач має змогу оцінювати та контролювати обсяги і повноту роботи з пацієнтами, літературою, ступінь оволодіння практичними навичками.

Підготовка сімейного лікаря являє собою складний процес інтеграції до дипломного та післядипломного етапів навчання. Тому інноваційним нововведенням мультидисциплінарної команди викладачів академії стала розробка Робочої наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Результатом впровадження Наскрізної програми і нововведенням в навчальний процес стала «Карта відпрацювання практичних навичок інтерна» та «Карта відпрацювання практичних навичок лікаря – слухача». Ці іноваційні інструменти дозволяють налагоджувати спадкоємність між кафедрами академії та керівниками заочних баз підготовки інтернів, що дозволяє забезпечити відповідність вищої медичної освіти в Україні стандартам якості Всесвітньої федерації медичної освіти.

ЗАСТОСУВАННЯ ОБ'ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ ЯК ЕТАПУ ПРОВЕДЕННЯ АТЕСТАЦІЇ ВИПУСКНИКІВ ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Перцева Т.О., Шпонька І.С., Захаров С.В., Ханюков О.О., Кравченко О.І.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Вступ. Доктриною сучасної медичної освіти є навчання студентів, засноване на результаті. Відомо, що одним з найсильніших мотиваційних чинників освітнього процесу є оцінка, яку отримує студент [1]. У західній літературі для опису значущості оцінки часто навіть використовуються вирази “assessment drives learning” («навчанням рухає оцінка», англ.).

Основна частина. За наявності адекватної мотивації можна домогтися вагомих успіхів в освоєнні студентами основних компетентностей, необхідних для майбутньої практичної діяльності. При побудові комплексної моделі оцінки необхідно враховувати всі рівні компетентності відповідно до відомої піраміди G. Miller в модифікації R. Mehay [2] (рис.1).

У сьогоденні впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) в вищих навчальних закладах різних держав та в Україні став відповіддю на потребу часу встановити єдині правила та вимоги оцінювання майбутніх спеціалістів, створити чіткі алгоритми виконання кожної навички, а основною ідеєю даного формату екзамену є максимальна об'єктивізація проведення іспиту, що технічно спрямовано на демонстрацію професійних компетенцій в обсязі спеціальних навичок за фахом підготовки різних спеціалістів на спеціально оснащених станціях.

Для атестації лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» протягом багатьох років використовується методика інтегративного підходу, яка за своєю сутністю, структурою, вимогами та методикою проведення є прообразом сучасного клінічного екзамену ОСКІ.

Під час атестації інтерн безпосередньо атестується на станціях практично-орієнтованих ситуацій, кожна з яких є прообразом певного етапу в роботі лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Залучення керівників баз стажування у визначенні рівня оволодіння практичними навичками під час проведення заключної атестації лікарів первинної та вторинної спеціалізації є інноваційною складовою в підготовці спеціалістів загальної практичної медицини. Це дозволяє оцінити результати сумісної підготовки лікарів на очному та заочному циклах, розділити відповідальність за якість оволодіння навичками та планувати напрямки подальшої оптимізації набуття практичних навичок.

Враховуючи, що основними характерними рисами, що відображають інновацію як специфічну категорію, є цілеспрямовані зміни, які вносять у сферу освіти нові стабільні елементи (нововведення), що викликають її перехід з одного якісного стану до іншого; тобто не будь-які зміни в освіті є інновації, а лише ті, що провокують зміни цілей і результатів освіти (через її зміст) та зміну способів їх досягнення (через форми, характер та організацію навчального процесу), ми можемо констатувати, що відбулась реалізація інноваційного процесу як центральна складова педагогічної діяльності кафедри сімейної медицини в межах роботи вищого навчального закладу, а саме Дніпропетровської медичної академії.

При добре структурованій системі оцінювання як викладач, так і студент, отримують конструктивний зворотний зв'язок, що дозволяє визначити, чи досягнута поставлена мета навчальної програми, як можуть бути поліпшені результати індивідуального навчання і що необхідно зробити для підвищення рівня компетентності [3].

Метою атестації випускників Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (далі – ДЗ «ДМА») є встановлення відповідності рівня сформованості знань, умінь та навичок, досягнутого в результаті засвоєння освітньо-професійної програми (ОПП), вимогам освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ).



Рис.1. Рівні компетентності.

Проведення практично орієнтованого клінічного іспиту є етапом переходу до виконання Постанови Кабінету Міністрів України № 334 від 28.03.2018 щодо атестації здобувачів освітнього ступеня «Магістр» за спеціальностями галузі знань «22 охорона здоров'я».

На основі рішення ЦМК ДЗ «ДМА» від 24.04.2018 з 2018 року атестація випускників у нашій академії стала проводитися з використанням методики об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ).

Вперше оцінка знань лікарів за методикою ОСКІ була введена в 1975 році Роналдом Харденом. Цей іспит був спрямований на оцінку клінічної або професійної компетентності. За 40 років застосування методики ОСКІ іспит зазнав істотних змін. Сьогодні для проведення ОСКІ використовуються різні тренажери, стандартизовані або реальні пацієнти [4].

Практично-орієнтований іспит перевіряє готовність випускника здійснювати на реальному об'єкті майбутньої професійної діяльності (людина) або на моделі такого об'єкта (фантом, муляж, ситуаційне завдання тощо) виробничі функції, які неможливо оцінити методом стандартизованого тестування.

Атестація випускників за методикою ОСКІ була впроваджена, щоб об'єктивізувати оцінювання знань студентів. В ідеальних умовах, варіативність в оцінках студентів повинна виходити з різниці в успішності учнів. На жаль, в реальній клінічній практиці велика частина варіативності може залежати від інших чинників. Зазвичай ОСКІ приймає форму «кола» з рядом «станцій». Кожна «станція» – робота з одним «стандартизованим хворим» – триває фіксований час, а потім студент переходить до іншої «станції». Таким чином, всі майбутні лікарі повинні виконати одну і ту ж стандартизовану задачу, а екзаменатори повинні поставити перед ними одні і ті ж питання на кожній «станції». Іспит часто включає від 10 до 20 «станцій», проходження кожної з яких триває від 5 до 15 хвилин, а сам іспит зазвичай займає 1-2 години [4].

Під час ОСКІ оцінюють наступні навички: збір скарг; збір анамнезу хвороби та життя; фізикальне обстеження; практичні навички; розпізнавання гострих (ургентних) ситуацій у пацієнтів; трактування додаткових методів обстеження; призначення необхідного лікування; етика спілкування.

Для контролю дій випускників були розроблені чек-листи (технологічні карти), в яких екзаменатори відзначали правильність дій студентів по кожному пункту збору анамнезу, скарг, огляду пацієнта і т.д. Кожна дія студента оцінювалося в балах, потім підраховувалася їх сумарна кількість.

Отримав перший досвід атестації випускників вищого медичного навчального закладу з використанням мето-

дики ОСКІ, ми визначили наступні переваги цього методу атестації.

Достовірна оцінка. На відміну від традиційних клінічних іспитів, ОСКІ забезпечує більш достовірну оцінку клінічної компетентності лікаря. Особливість іспиту в тому, що в ході його проведення можна контролювати не тільки зміст іспиту, але і ступінь його складності.

Надійність. ОСКІ не тільки відрізняється достовірністю отриманих результатів, а й надійністю. Об'єктивна оцінка лікаря забезпечується використанням спеціальних чек-листів закритого типу. А великий набір «станцій» для іспиту забезпечує оцінку більш широкого спектру різних знань, умінь і навичок учня. При здачі ОСКІ всі студенти отримують однаковий набір завдань, а кожного з них оцінюють кілька підготовлених екзаменаторів.

Межекспертна надійність – стійкість оцінки при її виставленні різними екзаменаторами (експертами).

Внутрішня надійність – внутрішня узгодженість різних частин іспиту виходячи з припущення, що більш підготовлені студенти повинні відповідати краще на всі завдання в порівнянні з менш підготовленими.

Валідність – міра точності оцінки, тобто, наскільки метод оцінки дійсно вимірює те, що покликаний вимірювати.

Практичність. За допомогою ОСКІ можна оцінювати великі групи студентів. При цьому є можливість регулювати навантаження екзаменаторів, забезпечуючи їх присутність тільки на тих «станціях», де необхідно.

Гнучкість. Саме завдяки гнучкості ОСКІ стали використовувати в багатьох країнах і навіть в різних дисциплінах. При дотриманні загальних принципів методу кількість екзаменаторів можна широко варіювати кількістю задіяних у іспиті «станцій» і часом виконання того чи іншого завдання.

Відсутність дискримінації. Однією з сильних сторін іспиту є справедливість оцінки. Дотримання встановлених правил і стандартів дозволяє уникнути несправедливого оцінювання випускників.

Висновки. ОСКІ має певні переваги перед традиційними методами оцінки – усними співбесідою, письмовими роботами, тестуванням і прийомом практичних навичок біля ліжка хворого. ОСКІ де-факто залишається практично єдиним методом, що дозволяє ефективно оцінити навички значної кількості студентів за мінімальний час на рівні «показати» піраміди клінічної компетентності G. Miller. На відміну від письмових, усних іспитів і тестування, ОСКІ не просто оцінює рівень теоретичних знань студентів, але перевіряє їх компетентність у застосуванні наявних знань на практиці. В порівнянні з прийомом практичних навичок біля ліжка хворого, ОСКІ дозволяє

забезпечити більшу різноманітність клінічних ситуацій, відтворити рідкісні клінічні випадки, перевірити навички студентів в «делікатних» ситуаціях, допускає можливість лікарської помилки.

Література

1. Van Der Vleuten C. A model for programmatic assessment fit for purpose / C. Van Der Vleuten, L. Schuwirth // *Medical Teacher*. – 2012. – Vol. 34. – P. 205–214.

2. Mehay R. The Essential Handbook for GP Training

and Education / R. Mehay. – Radcliffe Publishing Ltd.: Milton Keynes. – 2012. – 536 p.

3. Govaerts M. 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.

4. Harden R.M. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE) / R.M. Harden, F.A. Gleeson // *Medical Education*. – 1979. – Vol. 13. – P. 39–54.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ІМУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛІЗУ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕТАП У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Подолук О.О., Климанська Л.А.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

У сучасному світі інфекційні хвороби не втрачають своєї актуальності: виникають їхні спалахи, тривають пандемії ВІЛ-інфекції, холери тощо, збільшується кількість випадків хвороб із хронічним перебігом, клінічні прояви яких іноді набувають схожість з перебігом хвороб неінфекційного генезу. З необхідністю виключення інфекційної етіології захворювання стикаються у своїй практиці лікарі різних спеціальностей: неврологи при обстеженні хворих з енцефалітами, полінейропатіями, гінекологи (обстеження на Toxh-інфекції), спеціалісти репродуктивної медицини, терапевти, гастроентерологи тощо. Крім того, часто виникає необхідність у вирішенні питання про проведення екстреної профілактики інфекційних захворювань (правець, гепатити А і В тощо). Виникає нагальна потреба вміти призначити специфічне обстеження пацієнту та правильно інтерпретувати результати.

Під час підготовки майбутніх лікарів, вивчення курсу інфекційних хвороб вважаємо за необхідне сформувати у студентів розуміння використання тих чи інших методів специфічної діагностики відповідно до інфекційної хвороби, сформувати навички щодо аналізу результатів та прийняття рішення відносно лікування чи профілактики у конкретному випадку.

Наряду з традиційними методами діагностики інфекційних хвороб, такими, як мікроскопія, бактеріологічний посів біологічного матеріалу широко і успішно використовуються серологічні, імуноферментні (ІФА), імуногенетичні методи досліджень.

Особливо потрібно зупинитися на серологічних дослідженнях. З одного боку, це достатньо доступні та інформативні дослідження, що призвело до їхньої популярності в клінічній практиці. З іншого боку, факт одноразового виявлення або, навпаки, не виявлення антитіл не є достатнім підґрунтям для висновків щодо наявності чи відсутності активного інфекційного процесу, що на жаль, не завжди враховують не лише студенти-медики, а й практикуючі лікарі. Кожен інфекціоніст стикався з ситуацією, коли лікарі інших спеціальностей формулювали у пацієнтів діагноз гепатиту С чи В, герпесвірусних інфекцій, токсоплазмозу, бореліозу на підставі лише наявності IgG до антигенів збудників цих хвороб, навіть призначали не правильне лікування в таких ситуаціях. Проте, для вста-

новлення діагнозу цього абсолютно не достатньо, це лише підстави для поглибленого діагностичного пошуку. Тому необхідно формувати у студента цілісне сприйняття самого методу серологічної діагностики: ІФА має проводитися з фракційним визначенням імуноглобулінів різних класів (М та G) з урахуванням їх кількісного співвідношення і не лише для хвороб, що мають хронігенність, оскільки інколи гострі захворювання або інші стани (вагітність, колаgenoзи, неопластичні процеси тощо) можуть провокувати неспецифічну продукцію IgM. З іншого боку, поява IgM на тлі високого рівня IgG може свідчити про загострення хронічного процесу. Обов'язково треба налаштувати майбутнього лікаря на необхідність підтвердження певних результатів ІФА іншими методами: полімеразною ланцюговою реакцією (ПЛР), імуноблотом тощо.

Дуже важливо пояснювати, що для встановлення діагнозу та лікування необхідно стежити за динамікою антитіл. До речі, студенти, з нашого досвіду, дуже швидко розуміють необхідність динамічного дослідження реакцій аглютинації, пасивної гемаглютинації, зв'язування комплекменту тощо. Проте, коли йде мова про ІФА, ці базові підходи якось забуваються.

Висновки. Для специфічної діагностики інфекційного захворювання за допомогою ІФА необхідно досліджувати та враховувати класи імуноглобулінів та їхнє кількісне співвідношення, динаміку у часі. Доцільним є підтвердження результатів ІФА, також для визначення активності процесу (реплікації збудника), методами ПЛР, імуноблоту.

Література

1. Інфекційні хвороби/ Підручник / За ред.О.А. Голубовської- К.: ВСВ «Медицина». 2012. – 728с.+ 12 с.кольор.вкл.

2. Наказ МОЗ України «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації» № 905 від 28.12.2015

3. Наказ МОЗ України «Вірусний гепатит С у дорослих» Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги № 729 від 18.07.2016