

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия



СБОРНИК

**НАУЧНЫХ ТРУДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ I ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ:
ОТ ТРАДИЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ К ИННОВАЦИЯМ»**

Курск – 2022

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ
I ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ:
ОТ ТРАДИЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ К ИННОВАЦИЯМ»**



Курск – 2022

**УДК 616-07(063)
ББК 54.1я43
П78**

**Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России**

Пропедевтика внутренних болезней: от традиционного обучения к инновациям: сборник научных трудов по материалам I Всероссийской научно-практической конференции (Курск, 23 ноября 2022 года) / Курский гос. мед. ун-т, сост. С.Г. Дорофеева; отв. ред. О.В. Мансимова. – Курск: КГМУ, 2022. – 1 CD-ROM. – Текст: электронный. – 124 с.

Редакционная коллегия:

заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней **О.В. Мансимова**;
профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней **Е.Н. Конопля**;
ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней **С.Г. Дорофеева**.

Составитель: **С.Г. Дорофеева**.
Компьютерная верстка: **А.А. Денисов**.

Рецензент: **О.В. Мансимова**.

В сборнике опубликованы материалы I Всероссийской научно-практической конференции «Пропедевтика внутренних болезней: от традиционного обучения к инновациям», проходившей в Курском государственном медицинском университете 23 ноября 2022 г.

ISBN 978-5-7487-2937-6

DOI 10.21626/cb.22.propedeutica

© ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2022

Оглавление

РОЛЬ ИГРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Шелухина А.Н.</i>	8
ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ MOODLE <i>Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В.</i>	11
РОЛЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Горетая М.О., Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.</i>	14
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДАМ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ 3-4 КУРСА <i>Билан А.А., Прокофьева Ю.В.</i>	16
КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА В ДИНАМИКЕ <i>Воротынцева С.А., Лесная Н.П.</i>	19
ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ И ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ» ПОД КОНТРОЛЕМ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Горетая М.О.</i>	23
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМАНДНОГО ОБУЧЕНИЯ (TVL) НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Прокофьева Ю.В., Дорофеева С.Г., Горетая М.О.</i>	25
МОДЕРНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ ПОСРЕДСТВОМ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ <i>Горетая М.О., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Прокофьева Ю.В.</i>	29
EFFECTIVENESS OF DISTANCE LEARNING FOR MEDICAL STUDENTS <i>Angle Tang N.L., Mansimova O.V., Prokofieva Y.V., Sheluhina A.N., Dorofeeva S.G.</i>	32
DISTANCE EDUCATION IN UNIVERSITIES: DISADVANTAGES AND ADVANTAGES <i>GANMAVO S. Jordan H., Mansimova O.V., Prokofieva Y.V., Sheluhina A.N., Dorofeeva S.G.</i>	34
АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Наруцкая Е.Ю., Симонян Р.З., Лесная Н.П.</i>	37

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДОВ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В РАМКАХ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Конев А.А., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.</i>	40
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ» – ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ <i>Колодина Е.Ю.</i>	42
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ <i>Тягушева Е.Н., Герасименко И.В., Науменко Е.И.</i>	45
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ВЗГЛЯДА НА ПРОБЛЕМУ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ <i>Лесная О.А., Мансимова О.В., Лесная Н.П.</i>	49
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕОМАННИСОЛ» НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Эрназаров Х.И., Эргашев У.Ю.</i>	52
ЛИКВИДАЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «РЕОМАННИСОЛ» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Эрназаров Х.И., Эргашев У.Ю.</i>	55
ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ: АГРЕССИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ИЛИ ЗАКОНОМЕРНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Лесная О.А., Мансур Т.И., Конопля Е.Н., Лесная Н.П.</i>	58
ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ – ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ <i>Щукина Е.В., Малеева М.В., Абрамова А.Е., Прокофьева Ю.В.</i>	65
ФОРМАТ ДИСТАНЦИОННЫХ ЛЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ <i>Малеева М.В., Абрамова А.Е., Щукина Е.В., Прокофьева Ю.В.</i>	67
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКО–ОРИЕНТИРОВАННОГО МЕТОДА ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В РАМКАХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ <i>Дубинина М.С., Прокофьева Ю.В.</i>	70
ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ В РАМКАХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ» <i>Пеньков А.Д., Прокофьева Ю.В.</i>	73
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Прокофьева Ю.В., Абрамова А.Е., Малеева М.В., Щукина Е.В.</i>	75

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ КГМУ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Горетая М.О., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.</i>	78
СИНДРОМ ВЕЛЛЕНСА. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВЫСОКОГО РИСКА СМЕРТИ. <i>Небиева Д.Х., Воронин И.М.</i>	80
ГЕНДЕРНО ЗАВИСИМЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Немеров Е.Н., Лесная Н.П., Никееенко С.М.</i>	82
СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Лукашов А.А., Бачинский О.Н.</i>	85
ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТРЕНАЖЕРОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ <i>Петрова Л.И., Дорофеева С.Г., Шебан А.С.</i>	87
ВКЛАД КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ В ВОСПИТАНИЕ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ <i>Горетая М.О., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г.</i>	89
СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК – НАДЕЖНЫЙ ПОМОЩНИК БУДУЩЕГО ВРАЧА <i>Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Лунева А.И., Овсепян М.Р.</i>	92
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Лукашов А.А., Бачинский О.Н.</i>	95
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ – ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Хлябичев Б.О.</i>	97
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ <i>Шелухина А.Н., Горетая М.О., Дорофеева С.Г.</i>	100
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ <i>Лесная Н.П., Мансимова О.В., Конопля Е.Н.</i>	102
ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ЭПОХУ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Никееенко С.М.</i>	104

СИМУЛЯЦИОННЫЕ НОВОВВЕДЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ	
<i>Бендас Ю.А., Уломская С.В., Родионова В.С., Петрова Л.И., Шебан А.С.</i>	107
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАГЛЯДНЫХ УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»	
<i>Савельева Ю.Е., Родионова В.С., Петрова Л.И., Шебан А.С.</i>	110
ПЕРКУССИЯ: ОТ ПЕРВОГО УДАРА ДО ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ	
<i>Нечаева Е.М., Нарчук В.И., Прокофьева Ю.В.</i>	114
АУСКУЛЬТАЦИЯ: ОТ ПРОШЛОГО К НАСТОЯЩЕМУ	
<i>Нарчук В.И., Нечаева Е.М.</i>	117
К ВОПРОСУ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОПЫТЕ ДРУГИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН	
<i>Прокофьева Ю.В., Балычева Т.В.</i>	119
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА	
<i>Капитан В.Н., Головач Д.П., Тур А.В.</i>	121

РОЛЬ ИГРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Практические занятия по пропедевтике внутренних болезней направлены на формирование у студентов разных факультетов (лечебного, педиатрического, медико-профилактического) профессиональных навыков и умений для возможности анализировать полученные данные при непосредственном общении с пациентом о его заболевании, а также умений коммуникативного общения. На практических занятиях с применением игровых технологий используются различные аспекты профессиональной деятельности обучающихся. Особенно эффективны ситуативные и ролевые игры [1]. Педагоги высшей школы в этой методике отмечают высокую эффективность данной формы, указывая на мотивационный компонент игровой деятельности. Учебно-познавательную деятельность определяют как самоуправляемую деятельность обучающегося по решению лично значимых и социально-актуальных реальных познавательных проблем, сопровождающуюся овладением необходимыми для их разрешения знаниями и умениями по добыванию, переработке и применению информации.

Цель – научить студентов проводить расспрос пациента, сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, проводить объективное обследование, чтобы интерпретировать полученные результаты для формулировки предварительного клинического диагноза, а также составления плана лабораторно-инструментального обследования и лечения в зависимости от предполагаемого заболевания.

Игровые технологии – это действенный инструмент преподавания, который активизирует мыслительную деятельность обучающихся, позволяет сделать учебный процесс более привлекательным и интересным, заставляет волноваться и переживать. Это мощный стимул повышения мотивации к овладению предметом. Следует отметить, что роль игровой технологии – это особый тип партнерских взаимоотношений между преподавателем и студентами. Игровая технология связана со свободным проявлением знаний и умений в процессе овладения и достижения результата обучения.

Игра как форма обучения давно заняла одно из ведущих мест в методике преподавания предмета. С 2019 года мир столкнулся со сложной эпидемиологической ситуацией, связанной с коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19. В связи со сложившейся ситуацией и сложностями проведения занятий и процессов обучения в обычном формате было принято решение перейти на дистанционную форму. Формат игры оказался актуальным для проведения занятий в online форме.

Игра – особо организованное практическое занятие, требующее напряжения эмоциональных и умственных сил и всегда предполагающее принятие решений [2]. На занятии со студентами, обучающимися на кафедре пропедевтики внутренних болезней, игра позволяет сделать работу студентов более активной, создать мотивацию и придает обучению практическую направленность. Она характеризуется наличием проблемной ситуации, которая лежит в основе игры, определенных персонажей и ролей, имеющих отношение к обсуждаемой проблемной ситуации по теме [3]. Учебная игра – один из наиболее эффективных приемов реализации коммуникативного принципа в обучении студентов разных факультетов. Введение игр в учебный процесс выступает в качестве творческого задания. Хорошо подготовленная учебная игра обеспечивает реальные условия для активной мыслительной деятельности студентов, способствует

формированию и развитию их интеллектуальных умений и реализации личностного потенциала, клинического мышления.

Игра – деятельность, в которой студенты берут на себя определенные роли и выполняют их.

С целью закрепления профессиональных навыков на кафедре пропедевтики внутренних болезней применяют ролевые игры, в которых студенты могут выступать в роли пациента и доктора, для того чтобы лучше ориентироваться в заболеваниях различных систем и органов, а также применить теоретические знания на практике.

Проведение ролевых игр на занятиях со студентами, обучающимися на кафедре пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, способствует мотивации учебно-речевых высказываний учащихся, а разработка и использование преподавателем наглядных средств (схем, таблиц, муляжей, инструментов для регистрации работы внутренних органов: стетофонендоскопов, сфигмоманометров, спирометров, пикфлоуметров, пульсоксиметров, электрокардиографов и т.д.) помогают учащимся осуществлять логичные и последовательные высказывания на основании полученных результатов [4].

Значимость использования этого метода обучения состоит прежде всего в том, что учебный характер учащимися не осознается. Благодаря чему студенты быстро развивают практические навыки, способность без промедления реагировать и импровизировать. Кроме учебного, ролевая игра имеет большое воспитательное значение. Она увлекает весь коллектив в процесс обучения, привлекая к активной деятельности стеснительных или робких студентов. В ролевых играх воспитываются сознание, дисциплина, взаимопомощь, умение отстаивать свою точку зрения, что необходимо в дальнейшей работе с пациентами.

Игра рассматривается как упражнение, где создается возможность для многократного повторения изучаемого материала. Использование игр помогает сделать процесс обучения предмета со студентами, обучающимися на кафедре, интересным и творческим. Они дают возможность создать атмосферу увлеченности.

Таким образом, игра является эффективным средством активизации учебно-речевой деятельности, развития мобильности в неотложных состояниях учащихся при овладении предметом пропедевтики внутренних болезней. Игровая технология развивает следующие компоненты:

- 1) мотивационный (отношение и интерес к игре, мотивация закладываются в процессе);
- 2) ориентационный (нравственные установки регулируют поведение студента);
- 3) содержательно-операционный (способность опираться на имеющиеся знания, умения, способы деятельности);
- 4) ценностно-волевой (обеспечивает внимание, эмоциональную окраску);
- 5) оценочный (оценка собственных достижений).

Вышеперечисленные компоненты оказывают положительное влияние на формирование познавательной компетенции на занятиях по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» и формируют у студентов представление о работе с больными в практическом здравоохранении.

Список литературы.

1. Борисов Е.А. Влияние ролевой, коммуникативной игры на обучение английскому языку. ИЯШ. – 2012. – № 3. – С. 29-31.
2. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Тертерян Л.И., Конопля Е.Н., Мансимова О.В. Психологические аспекты, влияющие на успешность овладения русским языком у

иностранцев // сборник: «Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации». Курск, 2017. – С. 303-307.

3. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Прокофьева Ю.В. Инновационные образовательные технологии в медицинском образовании // сборник «Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов». КГМУ, 2017. – С. 311-314.

4. Конышева А.В. Игровой метод в обучении иностранному языку // СПб.: КАРО, Мн.: Издательство «Четыре четверти», 2016. – С. 192-193.

5. Патарая Е.С. Модернизация содержания профессионально ориентированного обучения студентов // Традиции и инновации в методике обучения иностранным языкам. – СПб. : КАРО, 2017. – С. 131-144.

6. Соловова Е.Н. Методика обучения иностранным языкам // пособие для студентов вузов и учителей. – М. : АСТ: Астрель, 2016. – С. 48-84.

7. Федорова О.Н. Компетентностно-деятельностный подход к обучению иностранным языкам в высшей профессиональной школе // Языковое образование в вузе: методическое пособие для преподавателей высшей школы, аспирантов и студентов. – СПб. : Каро, 2015. – С. 113-126.

ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ MOODLE

Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

В конце декабря 2019 г. Китай оповестил все страны о вспышке коронавирусной инфекции COVID-19. В январе 2020 г. коронавирусная инфекция встречалась уже во всех странах. Очень быстрое развитие вируса выявило достаточно большие проблемы в жизни человека, а также в сфере образования.

В образовательной сфере Курского государственного медицинского университета (КГМУ) было принято решение о переводе с традиционной формы обучения на дистанционную с применением электронных технологий.

Для эффективности преподавания были разработаны и применены «учебно-методические комплексы нового поколения», которые соответствуют требованиям ФГОС профессионального образования. Одной из перспективных дистанционных программ стала система MOODLE.

Благодаря своим функциональным возможностям система MOODLE имеет огромную популярность в мире. Она используется более чем в 30 000 учебных заведений и переведена на 80 языков, в том числе и на русский, что позволяет проводить обучение студентов, говорящих на разных языках. В КГМУ проходят обучение студенты разных стран и национальностей, которые изучают дисциплины на русском и английском языках. Все студенты успешно освоили данную программу обучения.

Дистанционное обучение в программе MOODLE в университете требует от преподавателя находить новый подход к обучению студентов. Для контроля знаний в MOODLE имеется хороший инструментарий. Прежде всего это создание тестов, в том числе проведение обучающего и контрольного тестирования, а также они являются допускной частью экзамена по пропедевтике внутренних болезней у всех студентов КГМУ. Тестирование позволяет контролировать исходный уровень знаний, при проведении же итогового тестирования можно проконтролировать, какие знания обучающийся усвоил за время прохождения дисциплины по пропедевтике внутренних болезней. При прохождении допускного предэкзаменационного тестирования имеется возможность отсеять студентов, которые недостаточно хорошо подготовились к экзамену.

В программе MOODLE каждый модуль представлен отдельной темой и включает в себя следующие разделы:

- лекции (выкладывание лекционного материала в формате pdf и видеолекций);
- тестовые задания (тестовый контроль), который предназначен для оценивания знаний по актуальной теме;
- индивидуальные задания, которые включают в себя задачу по основным вопросам, предназначенные для закрепления теоретического материала;
- учебные материалы (книги в электронном формате, схема истории болезни, таблицы и различные схемы);
- дает возможность разместить объявления о мероприятиях, проводимых на кафедре.

В данной системе для дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней» предусмотрены индивидуальные задания, которые представлены в виде ситуационных клинических задач по всем разделам курса. При выполнении данного вида задания обучающиеся могут продемонстрировать полученные в процессе самоподготовки знания, а также показать свое клиническое мышление, индивидуальный подход к определенной клинической ситуации. Варианты решения задания или клинической задачи обучающийся

может представить в любом удобном для него формате: в виде фотографий, Word-документов, документов в формате PDF, отсканированных письменных ответов, таблиц и схем. Необходимо отметить, что при проверке заданий, проверяющий преподаватель имеет возможность оставить комментарии по поводу выполненной работы для студента, а также объективно оценить полученный ответ. В программе предусмотрена возможность взаимодействия преподавателя и студента через электронную почту, что также делает доступным обсуждение заданий.

Обучающиеся, которые проходят изучение дисциплины в дистанционной форме, могут самостоятельно изучить лекционный материал неоднократно и более углубленно воспринять информацию, просмотреть видеозапись лекции. После ознакомления с материалами студент может выполнить компьютерный тест и ответить на задачу по изучаемой теме, а также ликвидировать отработку пропущенного занятия в программе MOODLE.

Вывод. Система MOODLE имеет следующие преимущества:

- 1) использование ее в дистанционной форме обучения, так как исключает «off-line» контакт;
- 2) возможность самостоятельно изучить материал;
- 2) дает возможность обучающимся показать свои знания;
- 4) позволяет преподавателям осуществлять контроль и проверку знаний студентов;
- 5) делает возможным оценить знания обучающихся и оставить комментарии к ответу.

Таким образом, при грамотном взаимодействии и взаимопомощи преподавателя и студента процесс дистанционного обучения можно сделать максимально доступным, комфортным и удобным.

Список литературы.

1. Дорофеева С.Г., Прокофьева Ю.В., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н. Анализ дистанционного образования в педагогической деятельности // Интегративные тенденции в медицине и образовании. Курск, 2021. – Т. 1. – С. 13-17.

2. Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Мансимова О.В., Прокофьева Ю.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Анализ эффективности использования дистанционного обучения у студентов в медицинском университете // «Современные вызовы для медицинского образования и их решения». Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 86-й годовщине Курского государственного медицинского университета. Под редакцией В.А. Лазаренко [и др.]. Курск, 2021. – С. 85-89.

3. Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н. Гуманитарные и клинические дисциплины: взгляд на развитие профессиональных умений // «Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации». Сборник научных трудов V Международной научно-методической онлайн-конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. Курск, 2020. – С. 182-185.

4. Петрова Л.И., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г. Влияние окружения на психоэмоциональное состояние студента в процессе обучения // «Психология здоровья в образовательном процессе». Материалы региональной научно-практической конференции. Курск, 2020. – С. 47-51.

5. Серикова Л.Н., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Лукашов А.А., Горетая М.О., Бачинский О.Н., Лесная О.А., Дорофеева С.Г. Роль воспитательной работы в повышении качества образования студентов // Интегративные тенденции в медицине и образовании. Курск, 2019. – Т. 3. – С. 33-38.

6. Шелухина А.Н., Прокофьева Ю.В., Конопля Е.Н., Дорофеева С.Г. Особенности педагогического процесса и современные проблемы адаптации иностранных студентов международного факультета // «Язык. Образование. Культура». Сборник научных трудов по материалам XII Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием, посвященной 83-летию КГМУ. Курск, 2018. С. 191-194.

РОЛЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Горетая М.О., Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Неотъемлемую часть занятий по пропедевтике внутренних болезней составляют практические навыки. В перечень практических навыков входят: заполнение паспортной части истории болезни, расспрос больного, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, осмотр больного, пальпация, перкуссия и аускультация.

Основными помощниками для подготовки студентов для освоения практических навыков являются лекции, учебники, практикумы и атласы, методические рекомендации по пропедевтике внутренних болезней, а также аудио- и видеоматериалы, медицинские манекены и симуляторы. В качестве одного из вспомогательных учебных пособий для обучающихся служит схема истории болезни, что позволяет успешно подготовиться к занятию, сформировать систему знаний, помогает составить представление о работе с пациентом.

К субъективным методам обследования относят сбор жалоб больного с их детализацией, расспрос больного по системам, сбор анамнеза болезни, анамнеза жизни, что дает возможность развивать коммуникативные способности студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов. Во время освоения этих практических навыков студент имеет возможность под контролем преподавателя развивать навыки общения с пациентами, грамотно отвечать на вопросы больного, учиться общаться с людьми разных профессий и уровнем образования, а также с людьми разных возрастных групп, что дает возможность построения правильного общения на языке медицинской терминологии и на языке, понятном любому пациенту.

По завершении субъективного обследования студенты переходят к объективному. Объективное обследование включает: общий осмотр больного, осмотр по системам, пальпацию, перкуссию, аускультацию.

Вспомогательными инструментами для освоения практических навыков служат сантиметровая лента, весы, сфигмоманометр, стетофонендоскоп, динамометр, пульсоксиметр.

На нашей кафедре в первом семестре предусмотрено обучение студентов практическим навыкам на представителях группы мужского пола, как правило, здоровых. Во втором семестре студенты могут применить полученные практические навыки при работе с реальным пациентом и провести дифференциальную диагностику с различными патологиями органов и систем, что способствует развитию клинического мышления будущих врачей.

По освоении теоретического и практического материала, при проведении курации больного студенты пишут свою первую учебную историю болезни, что дает возможность преподавателю оценить полученные знания.

Практические навыки и история болезни являются важной и неотъемлемой частью экзамена по пропедевтике внутренних болезней.

Несмотря на большой прогресс в современной медицине в сфере лабораторных и инструментальных методов исследования практические навыки остаются актуальными, так как позволяют оценить состояние пациента, сузить круг диагностического поиска, дают возможность ограничить количество проводимых исследований, что немаловажно с позиции рационализации и оптимизации, а также экономии времени и финансов.

Практические навыки служат хорошим фундаментом для дальнейшей работы врачей разных специальностей.

Список литературы.

1. Клиническая диагностика. Проблемно ориентированный подход. Руководство для практикующих врачей. Чучалин А.Г., Бобков Е.В., изд. «Литература», 2016.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А.Л., 6-е изд. М., 2020.
3. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2018.
4. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И.А., М., 2007.
5. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В.С., Султанов В.В., изд. «Литтерра», М., 2007.
6. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней. Под редак. С.Н. Шуленина. М., 2006.
7. Практикум по пропедевтике внутренних болезней. Учебное пособие. Под редак. Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеева. Изд. «ГЕОТАР-Медиа», М., 2020.
8. Основы семиотики заболевания внутренних органов. Учебное пособие. Струтынский А.В., Баранов А.П. и др. Изд. «Медпресс-информ», 2020.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДАМ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ 3-4 КУРСА

Билан А.А., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Современные технологии и компьютеризация прочно входят в жизнь человека XXI века. Не стало исключением и медицинское образование. Внедряются в повседневную практику разнообразные симуляторы и манекены, появляются мультимедийные пособия.

Так, в российских медицинских университетах уже имеется опыт освоения пропедевтики внутренних болезней с помощью целого ряда современных технологий, в том числе нейросетей, работа которых помогает с высокой степенью достоверности имитировать общение будущих докторов с пациентами [3]. Для придания процессу обучения максимальной реалистичности, приближения учебного процесса к деятельности врача активное применение нашли симуляционные технологии. К примеру, разработано большое количество манекенов-фантомов, которые, функционируя в рамках симуляционных систем, позволяют имитировать не только процесс общения с пациентом, но и объективное обследование, в том числе и наличие определенной патологии [2].

Активно применяются в преподавании дисциплины и интерактивные методики. К примеру, создаются мультимедийные цифровые пособия по основным аспектам дисциплины. К таким пособиям можно отнести учебные фильмы с демонстрацией необходимых практических навыков или пациентов с той или иной клинической картиной [5], мультимедийные аудиопособия, в которых создается возможность прослушивания аускультативного звука в норме и при разнообразной патологии [4].

Используются и другие современные методики преподавания. В последнее время внедрены интерактивные экраны для изучения учебной дисциплины. Начата разработка и апробация технологий виртуальной реальности для использования их в медицине [6]. Современные методики активно входят в преподавание в высшей школе, медицинские университеты ежегодно тратят значительные суммы на модернизацию и переоснащение своих учебных баз. Студенты чаще и больше пользуются современными интерактивными методиками [1].

На этом фоне, а также с учетом событий последних лет, значительно осложнивших взаимодействие будущих медиков с пациентами, все чаще в профессиональном сообществе возникает вопрос о том, целесообразно ли в наши дни сохранение традиционных методик преподавания, допустимо ли столь быстрое внедрение еще не до конца освоенных современных методик.

Различные мнения педагогов и профессиональных врачей на этот счет уже были озвучены. Однако целесообразным видится в таком случае получить представление и о позиции второй стороны учебного процесса – самих обучающихся. Ведь заинтересованность студентов в освоении учебного материала и освоении практических навыков непосредственно влияет как на уровень успеваемости в университете, так и на дальнейшие успехи в практической деятельности будущих врачей.

С целью изучения такого мнения был произведен опрос обучающихся Курского государственного медицинского университета. В сентябре – октябре 2022 года были опрошены студенты 4 и 3 курсов лечебного факультета. Студенты 4 курса, как освоившие учебный курс пропедевтики внутренних болезней и приступившие к образованию на клинических кафедрах, смогут на основании своего собственного опыта определить предпочитаемые методы обучения, тогда как студенты 3 курса, только приступившие к

освоению дисциплины, смогут продемонстрировать ожидания и предпочтения нового поколения обучающихся. Участникам были предложены вопросы о том, какие методы преимущественно используются (использовались) при их обучении, какие методы они предпочли бы использовать (с возможностью в том числе множественного выбора), а также вопросы о причинах сделанного ими выбора.

В исследовании приняли участие 66 обучающихся университета, ответивших на вопросы анкеты, созданной при помощи сервиса Google Forms и разосланной участникам в электронном виде. После анализа данных получены следующие результаты:

Большинство обучающихся (90,9%) отметили преимущественное использование в процессе их обучения традиционных методов (т. е. отработки практических навыков на живом человеке); преимущественно современными методами пользовались 9,1% обучающихся.

В то же время в вопросе о предпочтительных методах освоения практических навыков чисто традиционные методы обучения предпочли лишь 18,2% от принявших участие в опросе студентов. Тех, кто предпочел бы использование исключительно современных методов, среди опрошенных не оказалось. Абсолютное большинство участников исследования (81,8%) высказалось за использование рационального сочетания как традиционных, так и современных методов изучения практических навыков.

Относительно мотивации выбора тех или иных методов обучения участвовавшие в анкетировании отметили, что предпочитают традиционные методы обучения, поскольку они позволяют наиболее близко к реальности освоить необходимые навыки (такой выбор сделали 95,2% участников), вторым по популярности стал вариант «они наиболее удобны» (такой ответ дали 28,6% студентов).

Предпочтение современным методам обучения студенты отдавали преимущественно потому, что они могут применяться даже в условиях эпидемиологических нарушений (62,5% предпочитавших современные методы) и их использование позволяет отработать большее количество разнообразных ситуаций (68,8% предпочитавших современные методы). Относительно выбора конкретного метода освоения дисциплины при помощи современных технологий ответы распределились без существенного разрыва. Из ответивших на вопрос (в вопросе предполагалась возможность множественного выбора) отработку навыков на современных манекенах и фантомах выбрало 77,8%, просмотр обучающих фильмов – 50%, прослушивание аудиозаписей с аускультацией – 44,4% и, наконец, работу с интерактивными пособиями/экранами – 38,9%.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Большинство обучающихся при освоении пропедевтики внутренних болезней используют преимущественно традиционные методы обучения.

В то же время большинство обучающихся при освоении дисциплины предпочли бы использовать как традиционные, так и современные методики в их рациональном сочетании. С учетом того, что остальные студенты предпочли чисто традиционные методики, можно сказать о том, что все участвовавшие в опросе обучающиеся не намерены отказываться от традиционных методов обучения ПВБ в своем образовании.

Традиционным методикам отдается предпочтение в силу того, что они наиболее близко к реальности позволяют освоить материал и практические навыки. Более того, часть опрошенных отдала предпочтение традиционным методам, посчитав их наиболее для себя удобными.

Безусловно, невозможно полностью отказаться от нововведений и современных технологий ни в одной из сфер человеческой деятельности, включая и медицинское

образование. Однако, двигаясь вперед, осваивая новые технологии, мы не должны потерять уже накопленный предыдущими поколениями опыт, а потому полностью неверным будет и отказаться от традиционных методов обучения в преподавании пропедевтики внутренних болезней, поскольку лишь работа с живым человеком позволяет в достаточной полноте освоить и усвоить практические навыки в пропедевтике внутренних болезней.

Список литературы.

1. Запесоцкая И.В., Кузнецова А.А., Моргун Л.А., Данилова А.В. Информационные коммуникационные технологии в медицинском образовании // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2019. № 4 (36).

2. Малыхин, Ф.Т. Современные педагогические технологии в учебном процессе кафедры пропедевтики внутренних болезней: изменения во время пандемии коронавируса / Ф.Т. Малыхин // Медицинское образование в ситуации чрезвычайных социальных условий: от науки к практике (организационно-педагогический аспект) : сборник материалов междисциплинарной ONLINE научно-практической конференции, Ставрополь, 27 ноября 2020 года. – Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет, 2020. – С. 61-68. – EDN SPVYJP.

3. Полин, Н.Э. Применение нейросетевых технологий в преподавании курса пропедевтики внутренних болезней в условиях дистанционного обучения / Н.Э. Полин, Г.С. Мкртчян, Н.А. Утева // Молодая наука – практическому здравоохранению : Материалы 95-й итоговой научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера. – Пермь : Пермский национальный исследовательский политехнический университет, 2022. – С. 70-72. – EDN MJWVFT.

4. Тусупбекова К.Т., Бакирова Р.Е., Нурсултанова С.Д. Инновационные образовательные технологии в преподавании пропедевтики внутренних болезней // Georgian Medical News. – 2015. – № 3. – С. 94-98.

5. Шатрова Н.В. Наглядная видеодемонстрация методик объективного обследования пациента как инструмент усовершенствования учебного процесса [Текст] / Шатрова Н.В., Вавилов А.М., Протасова Т.В., Лебедева Н.И. // Материалы научно-методической конференции «Современные технологии дистанционного и электронного обучения в обеспечении медицинского образования». – Кемерово, 2018. – С. 118-121.

6. Ustun, Ahmet & Yilmaz, Ramazan & Karaođlan Yilmaz, Fatma Gizem. (2020). Virtual Reality in Medical Education. DOI: 10.4018/978-1-7998-2521-0.ch004.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА В ДИНАМИКЕ

Воротынцева С.А., Лесная Н.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема межличностного взаимодействия в диаде «врач – пациент» в рамках медицины Новейшего времени встает наиболее остро, что обусловлено цифровизацией системы здравоохранения, а также изменением уклада общества в целом. В связи с этим одним из важнейших направлений в программе современного высшего медицинского образования является развитие такого профессионально важного качества врача, как коммуникативная компетентность [4].

Данное направление подразумевает формирование у студентов-медиков духовно-нравственных ценностей, осознанного гуманного отношения к здоровью пациентов, а также приобретение эффективных навыков взаимодействия с ними. В основе коммуникативной компетентности, как профессионального качества будущего врача, лежит эмпатия [12].

Эмпатия – это духовно-нравственное качество человека, заключающееся в его способности к осознанному пониманию внутреннего мира и эмоционального состояния других людей, а также выражающееся в сопереживании и выражении сочувствия [1].

Цель исследования. Сравнительная оценка и корреляционный анализ уровня эмпатических характеристик студентов-медиков на разных этапах обучения в медицинском вузе.

Материалы и методы. Методологическую основу исследования составил комплекс как общенаучных методов познания, так и частнонаучных. На базе платформы для анкетирования Google Forms нами был проведен опрос студентов 3-го и 6-го курсов Курского государственного медицинского университета. В данном исследовании определение уровня эмпатических характеристик студентов проводилось с использованием методики В.В. Бойко (тест на эмпатию Бойко). Анализ полученных результатов опроса был выполнен с использованием статистического и сравнительного методов исследования, в частности метода корреляционного анализа.

Результаты. Для изучения эмпатийных способностей студентов Курского государственного медицинского университета в динамике нами были выбраны две группы исследуемых – 30 обучающихся 3-го курса лечебного факультета и 30 обучающихся 6-го курса лечебного факультета. Такой выбор был сделан с целью большей наглядности исследования – разница в 3 года обучения. Изучение эмпатии у студентов 1-го курса не представлялось информативным, так как на данном этапе обучения сложно говорить о личностных качествах в ключе профессиональных компетенций.

Согласно используемой методике определения В.В. Бойко интерпретация результатов исследования заключается в определении суммарного показателя уровня эмпатии, который включает в себя: рациональный, эмоциональный и интуитивный каналы, а также установки, идентификацию и проникающую способность человека. Сравнительный анализ полученных данных проводился путем вычисления средней (M) величины по каждому из вышеуказанных показателей эмпатических характеристик студентов. При оценке результатов теста используются 4 градации: результат 30 баллов и выше соответствует высокому уровню эмпатии, от 22 до 29 баллов – среднему, от 15 до 21 балла – заниженному, менее 14 баллов – очень низкому уровню.

Среди студентов 3-го курса лечебного факультета высокий уровень эмпатии имели 5 человек (16,7%), а среди обучающихся 6-го курса – 4 человека (13,3%). Респонденты, имеющие высокий уровень эмпатии, способны найти чувство единения и эмоционального

доверия с любым человеком. Они склонны к альтруизму и гуманизму, не осуждают других. Однако зачастую излишняя чувствительность и соучастие приводят к болезненному афферентному ответу у таких людей, что сопровождается развитием у них чувства собственной вины. Именно поэтому очень высокий уровень эмпатии у врача является не совсем приемлемым, так как повышает вероятность возникновения профессионального выгорания [11, 12].

Средний уровень эмпатии стал вторым по частоте выявления среди студентов 3-го курса (10 человек – 33,3%) и 6-го курса (9 человек – 30%). Согласно В.В. Бойко у человека с таким уровнем эмпатии сопереживание является искренним чувством, однако оно проявляется реже в сравнении с теми, чей уровень эмпатии по оценке выше 29 баллов. Отзывчивость и сочувствие к другим у людей со средним уровнем эмпатии является важным инструментом в процессе работы с пациентами.

Заниженный уровень эмпатии был установлен у большинства студентов. Данный показатель отмечался у 12 опрошенных студентов 3-го курса (40%) и у 11 опрошенных шестикурсников (36,7%). Заниженный уровень эмпатии, как правило, проявляется в умении сопереживать только близким людям и в полном равнодушии к остальным, что, разумеется, в профессиональной деятельности врача оказывает негативное влияние на процесс лечения.

Очень низкий уровень эмпатии был отмечен у 3 респондентов (10%), обучающихся на 3-м курсе, и у 6 опрошенных (20%) студентов 6-го курса. У людей с данным показателем отмечаются эмоциональная черствость, неспособность понять другого человека и поддержать его. Сильными сторонами людей с низким уровнем эмпатии являются рациональность решений и развитость деловых качеств, однако для врачебной деятельности этого мало. Пациентам необходимы поддержка, понимание и сопереживание, которые являются профессиональными инструментами во врачебной практике [2].

Так, при проведении статистической обработки результатов исследования среднее значение суммарного показателя эмпатии у студентов 3-го курса лечебного факультета составило 24,3 балла, что по шкале Бойко соответствует среднему уровню эмпатии. При аналогичном анализе полученных данных об уровне эмпатии у обучающихся 6-го курса лечебного факультета было обнаружено, что суммарный показатель данной экспериментальной группы составил 21,1 балл, что совпадает с верхней границей заниженного уровня эмпатии.

Кроме суммарного показателя уровня эмпатии мы произвели анализ каждого из составляющих его каналов для уточнения результатов исследования и корректировки рекомендаций в соответствии с полученными данными.

Уровень рационального канала эмпатической способности показывает степень направленности внимания на сущность другого человека – на его внутреннее состояние, поведение и изменения в нем, проблемы. Вышеупомянутый канал – это умение эмпатирующего аналитически перерабатывать информацию, полученную от собственных сенсорных систем [8].

Средний показатель рационального канала эмпатии у студентов 3-го курса лечебного факультета равен 3,1, а у студентов 6-го курса – 3,8.

Интуитивный канал определяется способностью к прогнозированию ситуации. Врач с развитым данным каналом умеет предвидеть поведение больного и следующее из него развитие заболевания.

Средний показатель интуитивного канала эмпатии у студентов 3-го курса лечебного факультета равен 3,2, а у студентов 6-го курса – 3,6.

Эмоциональный канал эмпатии является совокупным показателем способности человека к сопереживанию и сочувствию, которые считаются связующими эмоциями в проявлении самой эмпатии. Данный канал необходим для умения расположить к себе пациента, войти к нему в доверие, что будет влиять на отношение больного к процессу лечения в целом.

Средний показатель эмоционального канала эмпатии у студентов 3-го курса лечебного факультета равен 3,3, а у студентов 6-го курса – 2,6.

Установки – это личные убеждения человека, которые могут способствовать или препятствовать эмпатии. Например, эффективность эмпатии может снижаться, если врач считает неуместным проявлять любопытство к пациенту или убедил себя относиться отстраненно от больного во избежание собственного выгорания. И наоборот, все каналы эмпатии будут более активны, если со стороны установок личности не будет препятствий.

Средний показатель установок, способствующих или препятствующих эмпатии, у студентов 3-го курса лечебного факультета равен 4,6, а у студентов 6-го курса – 4,8.

Проникающая способность в эмпатии является важным коммуникативным свойством человека, позволяющим создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Для врача важно расположить пациента, так как это будет способствовать более качественному сбору анамнеза и позволит облегчить процесс лечения [7].

Средний показатель проникающей способности в эмпатии у студентов 3-го курса лечебного факультета равен 4,2, а у студентов 6-го курса – 4,1.

Идентификация – это умение понять другого на основе сопереживаний, постановки себя на место партнера. В основе идентификации легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию [5].

Средний показатель идентификации у студентов 3-го курса лечебного факультета равен 3,7, а у студентов 6-го курса – 3,1.

С целью более подробного изучения полученных данных и взаимосвязи между ними в ходе исследования был проведен корреляционный анализ показателей эмпатии у студентов 3-го и 6-го курсов лечебного факультета. В частности, был найден коэффициент корреляции Пирсона, который является мерой прямолинейной связи между переменными.

Исследуемыми параметрами экспериментальной группы студентов 3-го и 6-го курсов лечебного факультета стали показатели рационального и эмоционального каналов. Коэффициент корреляции Пирсона для данных величин составил – 0,425, что говорит об умеренной обратной связи между показателями.

Выводы Согласно полученным в ходе исследования результатам суммарный показатель уровня эмпатии снижается к 6-му курсу по сравнению с 3-м. Данная закономерность может быть связана с тем, что студенты старших курсов со временем приобретают большой опыт непосредственного взаимодействия с пациентами и различными клиническими ситуациями. В таком случае снижение эмпатических способностей обусловлено психологическими механизмами приспособляемости и защиты от эмоционального выгорания [9].

Рост рационального канала эмпатии у студентов 6-го курса лечебного факультета в сравнении с эмоциональным объясняется развитием клинического мышления, которое предполагает особые формы анализа и синтеза информации в деятельности врача.

Наличие эмпатических установок у студентов обоих курсов связано с высоким уровнем развития у них моральных принципов касаясь профессионального долга и медицинской деонтологии.

Кроме того, между показателями рационального и эмоционального каналов была выявлена умеренная обратная связь, что свидетельствует о том, что с преобладанием одного из каналов другой будет уменьшаться.

Список литературы.

1. Бражникова, А.Н. Эмпатия как одна из составляющих нравственности будущего профессионала / А.Н. Бражникова, А.А. Зюзя // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2011.
2. Васильева, Л.Н. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача / Л.Н. Васильева // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2010. – № 1.
3. Гречкин, В.И. Формирование у студентов медицинского вуза этико-деонтологических принципов взаимоотношений врача и пациента / В.И. Гречкин, Г.И. Сапронов, О.А. Пахоленко // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – № 40.
4. Захарова, Е.А. Эмпатия как основа коммуникации врач-пациент: современное состояние проблемы / Е.А. Захарова, Ю.М. Ежова, Н.А. Раков // Психология. Историко-критические обзоры и современные методы исследования. – 2019. – Т. 8. – № 3А. – С. 119-138.
5. Каштанова, А.И. Эволюция модели отношений врач-пациент / А.И. Каштанова // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 6. – С. 50-53.
6. Мадалиева, С.Х. Формирование и развитие коммуникативной компетентности врача / С.Х. Мадалиева, М.А. Асимов, С.Т. Ерназарова // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2016. – № 2. – С. 66-73.
7. Мелкумян, Э.Х. Личностные качества современного врача / Э.Х. Мелкумян // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 212.
8. Морозова, Н.Н. Изучение эмпатии в процессе профессионального становления студентов / Н.Н. Морозова, Е.В. Самосадова, М.И. Каргин // Современные исследования социальных проблем. – 2018. – № 4-2. – С. 98-104.
9. Полякова, Р.В. Взаимоотношение врач-больной. Этические проблемы / Р.В. Полякова, О.И. Маршалок // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.
10. Совостюк, Т.А. Эмпатия как структурный компонент биоэтических ценностей в формировании личности врача / Т.А. Совостюк // Высшая школа: научно-методический и публицистический журнал. – 2020. – № 2. – С. 51-53.
11. Стогова, Н.А. Эмпатийные способности студентов медицинского вуза / Н.А. Стогова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т. 21. – № 2. – С. 128-133.
12. Фомина, М.В. Исследование коммуникативных умений студентов медицинского вуза / М.В. Фомина, С.В. Масловская // Вестник Мининского университета. – 2019. – № 4 (29).
13. Чирикова, А.Е. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А.Е. Чирикова, С.В. Шишкин // Мир России. Социология. Этнология. – 2014. – № 2.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ
И ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»
ПОД КОНТРОЛЕМ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Горетая М.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Медицина – это одна из наиболее сложных сфер деятельности. Во-первых, лечить людей – это высокая ответственность, во-вторых, нужно непрерывно учиться и повышать квалификацию, да и не у всякого человека, скажем прямо, есть способности стать врачом.

Трудно представить себе работу современного врача в условиях ограничения времени без помощи медицинской сестры, так как она верный помощник врача на приеме и во время лечения, проведения операций. Медсестра оказывает первую помощь пострадавшим, выполняет простые манипуляции (ставит уколы, измеряет давление и температуру) и процедуры, следуя назначениям врача. Во время приема она записывает результаты осмотра и рекомендации доктора. Также медсестра выписывает справки, направления на обследование и т.д. Кроме того, медсестры – отличные администраторы.

В зависимости от конкретного места работы медсестра может иметь разную специализацию. Палатная медсестра наблюдает и ухаживает за больными, которые лежат в стационаре. Процедурная выполняет инъекции, прививки, берет кровь на анализы, делает перевязки. Участковая следит за больными в вверенном районе, делает процедуры на дому. Реанимационная медсестра ухаживает за тяжелобольными пациентами, кормит, перевязывает, перестилает постель, ставит зонд, капельницы, готовит к УЗИ, операциям. Медсестра в приемном отделении направляет пациентов согласно документу на госпитализацию или слушает жалобы пациента и уже тогда направляет к дежурному врачу. Она также помогает доктору при осмотре больного, выполняет его рекомендации, поэтому для осуществления контроля работы медицинской сестры врач должен уметь выполнять все процедуры и манипуляции.

На кафедре пропедевтики внутренних болезней осуществляются проведение и контроль за производственной практикой по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности «Помощник палатной и процедурной медицинской сестры».

Прохождение практики осуществляется на базах ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Курска, КГБ № 6, КГБ № 4, ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» и проводится непосредственно в условиях дневного стационара, терапевтического, гастроэнтерологического, неврологического, хирургического, урологического отделений больниц, студенты работали в процедурных кабинетах, на сестринских постах, в отделении паллиативной помощи.

Во время прохождения производственной практики студенты разных факультетов имеют возможность освоить разные сестринские манипуляции, пообщаться с больными, отслеживать состояние пациентов, находящихся на стационарном лечении; проведения назначенных врачом процедур; проводят стерилизацию медицинских инструментов, сбор анализов по назначению врача; выполняют заполнение медицинской документации.

Во время прохождения производственной практики студенты заполняют отчетную медицинскую документацию:

- дневник, в котором отражены все рабочие дни в отделении с указанием времени работы, а также выполненные манипуляции и их количество;

- отчет о прохождении производственной практики, в котором отражены все манипуляции, выполненные обучающимся с их количеством, которое должно соответствовать количеству процедур, отраженных в дневнике.

Непосредственный контроль за работой студентов осуществляют главные медсестры соответствующих медицинских организаций и преподаватели кафедры пропедевтики внутренних болезней: доцент Мансимова О.В., доцент Горетая М.О., доцент Ю.В. Прокофьева, доцент Петрова Л.И., ассистент Шелухина А.Н., ассистент Дорофеева С.Г.

По завершении практики предусмотрена итоговая аттестация, на которой студент может продемонстрировать полученные во время производственной практики «Помощник палатной и процедурной медицинской сестры» теоретические и практические знания, навыки и умения. Во время прохождения практики большинство студентов показывают себя ответственными и добросовестными людьми. Они знакомятся с работой отделений, осваивают практически методику медицинских манипуляций. Студенты имеют возможность показать себя добросовестными и грамотными, демонстрируют хорошую теоретическую подготовку в плане проведения различных манипуляций, а также углубляют и совершенствуют свои теоретические знания в ходе практической работы, выполняя все необходимые сестринские манипуляции на высоком уровне. Ежедневно самостоятельно проводят внутривенные, подкожные, внутримышечные инъекции, перевязки больных, выполняют постановку клизм, капельниц и термометрию, измерение артериального давления, подсчет пульса, проводят измерение роста и веса больных, выполняют забор крови для разных анализов, помогают в сборе биологического материала для исследований. Обучающиеся принимают участие в выполнении профилактических и санитарно-просветительных мероприятий, рассказывают пациентам о пользе здорового образа жизни, особенностях диетического питания, вреде наркомании, курения и алкоголизма на жизнь человека, течение и прогноз заболевания. Студенты активно помогают медицинскому персоналу, безукоризненно выполняют свои обязанности и поручения, активно участвуют в общественной жизни коллектива лечебного учреждения.

За время прохождения практики студенты проявляют себя вежливыми и тактичными с медицинским персоналом, внимательными к больным и их родственникам, руководствуются нормами медицинской этики и деонтологии.

Производственная практика дает студентам возможность принять непосредственное участие в жизни и работе медицинского персонала, позволяет ближе ознакомиться с работой медицинских сестер в разных отделениях.

Список литературы.

1. Заликина Л.С. Уход за больными на дому [Текст] / Л.С. Заликина. – М. : АНМИ, 2015. – 225 с.

2. Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике : учеб. пособие для студентов мед. вузов / В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2014. – 396 с. : ил.

3. Методические рекомендации для самоподготовки к занятиям по общему уходу за больными терапевтического профиля для студентов 2 курса леч. и мед.-проф. фак. и фак. иностранных учащихся, обучающихся на рус. яз. [Электронный ресурс] / авт.-сост. Е.Н. Конопля; ГОУ ВПО «Курск. гос. мед. ун-та» каф. пропедевтики внутр. болезней. – Курск : [б. и.], 2009. – 1 с.

4. Туркина, Н.В. Общий уход за больными : учеб. для студентов мед. вузов / Н.В. Туркина, А.Б. Филенко. – М. : Товарищество науч. изд. КМК, 2007. – 550 с. : ил.

5. Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента» www.studmedib.ru

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМАНДНОГО ОБУЧЕНИЯ (TBL) НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

***Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Прокофьева Ю.В.,
Дорофеева С.Г., Горетая М.О.***

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Великая цель образования – не только знания,
но и прежде всего действия.
Н.И. Мирон

Командное обучение (TBL) – это активное обучение, а также образовательная стратегия, основанная на использовании малых групп, которая предоставляет студентам возможность применить концептуальные знания при помощи последовательности действий, включающей индивидуальную работу, командную работу, а также мгновенную обратную связь.

Среди отечественных авторов, которые занимаются изучением управленческих команд, следует назвать Г. Маркова «Команда», а также Т. Базарова, Т. Пыркову, И. Рыбина [1], которые рассматривают команду как организационную форму управления. Особого внимания заслуживает статья С.В. Суслопарова и И.В. Телеусовой [16], где рассматриваются признаки, характеризующие команду. О качествах, которыми должны обладать члены команды, размышляет В.В. Радаев в своей статье «Четыре способа утверждения авторитета внутри фирмы» в журнале «Персонал Микс».

Джон Катценбах и Дуглас К.Смит считают, что «команда – это небольшая группа людей, обладающих взаимозаменяемыми навыками и движимым стремлением к осуществлению единой цели, производственных задач, за реализацию которых они считают друг друга взаимно ответственными» [6].

Актуальность. Одной из главных задач, которую необходимо решить высшей школой – обеспечить развитие потенциала будущих специалистов для созидательной, творческой деятельности. Реформирование профессионального образования ставит перед нами цель научить будущего специалиста самостоятельно взаимодействовать с постоянно меняющимися инновационными изменениями медицинского труда.

Медицинская помощь становится все более междисциплинарной и ориентированной на работу в команде. Практикующие врачи и соответственно обучающиеся должны обладать способностью использовать изученный теоретический материал, а также решать проблемы, полагаясь на знания и опыт команды, состоящей из медиков разных специальностей, что гарантирует эффективность их деятельности. При правильном применении TBL способно справиться со всеми образовательными задачами.

Цель исследования. Провести анализ внедрения технологии TBL на кафедре пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Реализация современной образовательной технологии – командное обучение (TBL) на кафедре пропедевтики внутренних болезней при изучении дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней», а именно темы «Артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика» у обучающихся 3 курса лечебного факультета. При проведении практического занятия использовались следующие методы: «мозговой штурм», метод малых групп, дискуссия, ролевая игра, метод работы с документами, проектная деятельность.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

- 1) рассмотреть сущность технологии командного обучения;
- 2) раскрыть алгоритм применения технологии TBL при изучении темы «Артериальные гипертензии. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика». Практическая значимость работы заключается в рассмотрении опыта формирования навыков командной работы у обучающихся 3 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета. Анализируется возможность применения образовательной технологии командного обучения (TBL) с целью реализации современного компетентностного подхода в высшем образовании. В работе описывается технология формирования навыков командной работы на кафедре пропедевтики внутренних болезней, обозначены перспективные возможности реализации командной работы в образовательной среде.

Результаты. Командой называют небольшое количество человек (чаще всего 5-7, реже до 15-20), которые разделяют цели, ценности и общие подходы к реализации совместной деятельности, имеют взаимодополняющие навыки; принимают на себя ответственность за конечные результаты, способны изменять функционально-ролевую соотношенность (исполнять любые внутригрупповые роли); имеют взаимоопределяющую принадлежность свою и партнеров к данной общности (группе) [2, 6, 10]. Согласно Michaelsen & Richards, 2005, реализация TBL основана на четырех основных принципах:

1. Группы должны быть правильно сформированы, и в них должно быть равномерно распределено количество талантливых людей. По словам Михаэлясена, «большинство заявленных «проблем» с учебными группами (безбилетники, конфликты между участниками и т.д.) являются прямым результатом неправильных групповых заданий».

2. Студенты несут ответственность за предварительное обучение и работу в команде.

3. Командные задания должны способствовать обучению и развитию команды.

4. Студенты должны получать частую и немедленную обратную связь [17, 18].

Предварительно был составлен план занятия, включающий в себя:

1. Организационный момент (1 мин).

2. Объявление (сообщение) темы и целей занятия (1 мин).

3. Реализация технологии.

Первый этап TBL. Предварительное распределение заданий (3 мин).

Второй этап TBL.

Индивидуальный проверочный тест (10 минут).

Каждый студент отвечает на ряд (10-20) вопросов с несколькими вариантами ответов, направленными на концепции, которыми им необходимо овладеть для решения поставленных перед командой практических задач.

Третий этап TBL.

Командный проверочный тест (10 минут).

Это тот же перечень вопросов, на который каждый студент уже отвечал в индивидуальном порядке. Но теперь группа студентов должна ответить на них посредством обсуждения и достижения согласия. Необходимо выработать механизм, при помощи которого команда должна как можно скорее определить, правильные ли ответы они выбрали, так как эта незамедлительная обратная связь поможет им усовершенствовать процесс принятия решения.

Четвертый этап TBL (10 мин).

Дополнительные комментарии и разъяснения преподавателя. Преподаватель дает пояснения студентам в отношении понятий, с которыми им пришлось столкнуться во

время командного проверочного теста. По окончании данного разъяснения студенты должны быть уверены, что они готовы к решению более сложных задач, ожидающих их на следующем этапе TBL.

Пятый этап TBL (130 мин).

tAPP – командные практические задания (решение ситуационной/клинической задачи, ролевая игра, виртуальный пациент)

Между студентами предварительно были распределены роли – пациента, врача, консультанта, врачей диагностов. В группах обучающимся раздают наборы рентгенограмм, анализов, электрокардиограмм, с которыми они могут столкнуться в профессиональной деятельности у больных с артериальной гипертензией. Их просят интерпретировать электрокардиограммы, провести анализ, синтез предоставленной информации, а также выбрать один из предоставленных вариантов решения проблемы и имитировать клинический случай с выбранным видом артериальной гипертензии у пациента, разыграв сценарий субъективного и объективного обследования с характерными клиническими изменениями, а затем при необходимости объяснить или обосновать свой выбор аудитории.

Обсуждение проблемы, мозговой штурм (15-20 минут).

Проект (предварительное задание) о профилактике артериальной гипертензии и обсуждение результатов команд на общей дискуссии (100 мин = 5 команд по 20 мин).

Шестой этап TBL (5 мин). Обращение

Комментарии преподавателя и рассмотрение уместности другого ответа, отличного от того, который был назван наиболее правильным.

4. Итог занятия. Оценивание деятельности студентов, командной работы (5-10 мин) Примером системы выставления баллов по TBL может послужить схема, приведенная ниже: iRAT=25% (индивидуальное тестирование), tRAT=35% (командное тестирование), tAPP=35% (командное задание), взаимооценка = 5%.

Общее время 180 минут.

Выводы. В ходе решения командного задания у студентов формируются навыки работы в команде, умения интерпретировать данные, дискутировать и делать выводы. Обучающиеся получают более глубокие и осмысленные теоретические знания. Таким образом, проведение практических занятий по методу TBL способствует качественному освоению материала, развитию аналитического мышления, овладению навыками практической работы, а также формированию таких социальных умений, как навыки взаимодействия и общения в коллективе.

Список литературы.

1. Бабанский Ю.К. Оптимизация учебного процесса / Ю.К. Бабанский. – М. : Просвещение, 1982. – 192 с.
2. Васева Е.С., Бужинская Н.В. Формирование команды как важнейший компонент // Проблемы современного образования. – 2020. – № 3. – С. 116-123.
3. Дрёмова Н.Б., Конопля А.И. Инновационные технологии в учебном процессе медицинского университета [Текст]: методическое пособие / Н.Б. Дрёмова, А.И. Конопля. – Курск: ГБОУ ВПО КГМУ, 2014. – 124 с.
4. Жактаева К.Б. Клиническая игра – эффективный метод обучения профессионального врача // Медицина и экология. – 2007. – № 3. – С. 103-109.
5. Жанаспаев М., Хромова Е., Мауытова Д., Писмарева А., Азимбаева А. Эффективность TBL технологии в лекционном курсе клинической дисциплины // evolution.allbest.ru/Педагогика/00877609.html
6. Катценбах Д.Р. Мудрость команд / Джон Р. Катценбах, Смит Дуглас. – Тверь, 1997. – 232 с.

7. Командное обучение base.ukgfa.kz/wp-content/uploads/2015/01/TBL.pdf
8. Командное обучение и интерактивная лекция / Л.Б. Шубина, Д.М. Грибков, Е.В. Борисенко и др. // Виртуальные технологии в медицине. – 2015. – № 1 (13). – С. 33-34.
9. Миндубаева Ф.А., Гитенис Н.В., Евневич А.М., Салихова Е.Ю., Харисова Н.М. Опыт использования современных образовательных технологий в медицинском образовании // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 8. – С. 26-28; URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=10347> (дата обращения: 23.07.2021).
10. Плотникова Н.Ф. Командный подход в обучении: учебно-методическое пособие / Н.Ф. Плотникова. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2016 – 96 с.
11. Позднякова Е.В., Омарова Г.А. Особенности внедрения командно ориентированного обучения TBL (Team-Based Learning) в процессе обучения биохимии // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2015. – № 9 (3). – С. 57-60.
12. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю. Современные образовательные технологии – средство инновационного пути развития высшего медицинского образования // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2015 – № 1(19). – С. 88-95.
13. Руководство АМЭЕ № 65. Командное обучение (TBL): практическое руководство / Д. Пармели, Л.К. Микаэльсен, С. Кук, П.Д. Хьюдс // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. – № 1 (15). – С. 50-79.
14. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии [Текст] / Г.К. Селевко. М. : Народное образование, 1998. – 256 с.
15. Современные образовательные технологии в учебном процессе вуза [Текст]: методическое пособие / авт.-сост. Н.Э. Касаткина, Т.К. Градусова, Т.А. Жукова, Е.А. Кагакина, О.М. Колупаева, Г.Г. Солодова, И.В. Тимонина; отв. ред. Н.Э. Касаткина. Кемерово: ГОУ «КРИРПО», 2011. – 237 с.
16. Суслопаров С.В. Технологии работы с персоналом в компании / С.В. Суслопаров, И.В. Телеусова // Технологии работы с персоналом в компании: материалы конф., 9-10 апреля 2002 года, Казань. – Казань, 2002.
17. Michaelsen L.K., Parmelee D.X., McMahon K.K., Levine R.E. Team-based learning for health professions education: A guide to using small groups for improving learning (Stylus). – 2008.
18. Michaelsen L.K., Sweet M., Parmelee D.X. Team-Based Learning: Small Group Learning's Next Big Step. New Directions for Teaching and Learning. – San Francisco, CA: Jossey Bass, 2008.

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ
ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ
ПОСРЕДСТВОМ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ**

***Горетая М.О., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.,
Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Прокофьева Ю.В.***

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Большое влияние на жизнь современного человека оказывают электронные и цифровые средства информации. Новые информационные технологии в настоящее время приобретают все большую значимость при обучении и воспитании обучающихся. Профессионализм будущего врача является залогом оказания высококачественных медицинских услуг. В XXI веке появилось много новых возможностей и информационных технологий, способствующих повышению качества медицинского образования. Применение компьютерных технологий дает возможность расширить объем и виды получаемой информации. Использование мультимедийных средств в учебном процессе стало неотъемлемой частью при обучении предмета на иностранном языке. Демонстрационный элемент является неотъемлемой частью преподавания. Опыт демонстрации позволяет формировать наглядное представление о семиотике внутренних болезней, работе с пациентом, о лабораторных и инструментальных методах исследования, проведении различных медицинских манипуляций и подготовке к ним. На протяжении всего обучения студенты пополняют и расширяют свой кругозор.

Современный мир требует шагать в ногу со временем. Современный образовательный процесс должен быть прогрессивным, интересным, познавательным и креативным, а для этого необходимы творческий подход и знание инновационных технологий.

Интерес и мотивация к изучению предмета зависят от технологий и методов, которые использует преподаватель на занятии. Высокоэффективным, творческим, реализующим разнообразные формы развития, воспитания и обучения является применение видеоматериалов на практических занятиях. Такой способ организации учебной деятельности позволяет в увлекательной творческой форме продуктивно решать задачи занятия, осуществлять обучающую, коммуникативную, познавательную деятельность.

Применение видеоматериалов открывает безграничное поле деятельности как для преподавателя, так и для студентов в организации работы над темами занятий.

Применение видео является очень эффективным при формировании коммуникативной культуры, так как видеоматериалы не только представляют учащимся живую речь носителей языка, но и погружают их в ситуацию, в которой они знакомятся с языком мимики и жестов, стилем взаимоотношений. Видеоматериалы на практическом занятии по пропедевтике внутренних болезней дают погрузиться в реальную клиническую ситуацию и помогают развить клиническое мышление обучающихся. Это обучающее средство дает возможность обогатить имеющиеся в арсенале преподавателя материалы. Видео, кроме всего прочего, может помочь преодолеть культурный барьер при изучении практических навыков на иностранном языке.

Одним из важных приемов овладения коммуникативной компетенцией на иностранном языке является использование видеофильмов, которые наиболее наглядно демонстрируют изучаемый предмет на языке-носителе в естественной обстановке. К целесообразности использования видеофильмов в учебном процессе можно отнести следующие моменты:

- процесс овладения языком проходит как постижение живой иноязычной культуры;
- реализуется коммуникативный элемент, а именно индивидуализация обучения и развитие мотивированной речевой деятельности студентов;
- эмоциональное воздействие на обучаемых снимает коммуникативный барьер и стимулирует общительность;
- использование различных каналов поступления информации (слуховое, зрительное и моторное восприятие);
- возможность более активной творческой деятельности преподавателя и студентов;
- возможность индивидуального и группового просмотра отдельных фрагментов учебных видеофильмов и отснятого видеоматериала повторно для лучшего их усвоения;
- возможность приостановки демонстрируемого материала в любой момент (режим стоп-кадра) для проведения необходимых разъяснений;
- существенное повышение наглядно-познавательной стороны учебного процесса и посредством совместного применения видео-, аудиоматериалов.

Существует несколько видов видеоматериалов, которые можно использовать в обучении предмета на иностранном языке: специально разработанные на кафедре учебные материалы; видеоматериалы с участием иностранных студентов; видеофильмы, снятые самостоятельно студентами под контролем преподавателя. Съёмка видео в учебных целях может быть очень захватывающим и объединяющим процессом как для студентов, так и для преподавателя. Студент может применить на практике полученные знания и проанализировать речевые и практические навыки. Процесс съёмки фильма – это групповая деятельность, а процессы планирования сценария и производства включают в себя значительное количество дискуссий, позволяют развивать мышление, демонстрировать практические навыки, дают возможность высказывать свою точку зрения.

Использование видеоматериала на занятиях является эффективным средством формирования коммуникативной компетенции студентов, интересным и занимательным моментом, который повышает мотивацию студентов к изучению предмета на иностранном языке, способствует модернизации учебного процесса, демонстрирует язык в действии. Применение учебных видеофильмов вошло в практику работы преподавателей кафедры пропедевтики внутренних болезней, накоплен богатый опыт использования видеоматериалов на занятиях.

Педагогическая ценность видеофильмов состоит в том, что они позволяют повысить интерес и внимание обучающихся к изучаемому предмету, стимулируют активную мыслительную деятельность и способствуют сознательному усвоению знаний, создают творческую атмосферу на занятиях, улучшают эмоциональный фон образовательного процесса.

Таким образом, видеотехника при своевременном и правильном ее использовании является существенным фактором на всех этапах современного процесса обучения.

Выводы:

1. Использование видеоматериалов на сегодня является неотъемлемой частью процесса обучения и настоящим подспорьем в работе преподавателя при условии правильного применения.
2. Их применение способствует не только повышению интереса к изучению предмета, но и расширяет кругозор учащихся.
3. Просмотр обучающих видеоматериалов способствует лучшему восприятию, усвоению и запоминанию материала.

4. Видеофильм выступает в роли наглядного учебного пособия, повышая мотивацию студентов, развивает их память, совершенствует навыки общения.
5. Видеоматериалы способствуют развитию клинического мышления.

Список литературы.

1. Валетко С.А. Использование видео на уроке иностранного языка // Преподавание в высшей школе. – 2013. – № 3. – С. 145-147.
2. Верисокин Ю.И. Видеофильм как средство мотивации школьников при обучении иностранному языку // Иностранные языки в школе, 2013. – С. 17-18.
3. Гореликова А.П. Развитие коммуникативной культуры учащихся на уроках английского языка с использованием видеоматериалов // «Каро», Санкт-Петербург, 2010. – С. 198-199.
4. Садовская Ж.И. Использование видеофильмов как эффективное средство формирования коммуникативной компетенции // материалы Международной заочной научно-практической конференции. – Электросталь: Новый гуманитарный институт, 2011. – С. 244-245.
5. Соловова Е.Н. Использование видео на уроках иностранного языка // М. : Просвещение, 2014. – С. 154-155.
6. Прокофьева Ю.В., Конопля Е.Н., Мансимова О.В. Информационные технологии в образовании // Материалы Всероссийской научно-методической конференции с международным участием: от качества преподавания к качеству образования, 2012. – С. 315-316.

EFFECTIVENESS OF DISTANCE LEARNING FOR MEDICAL STUDENTS

Angle Tang N.L., Mansimova O.V., Prokofieva Y.V.,

Sheluhina A.N., Dorofeeva S.G.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Relevance. Now that e-learning has become cutting edge, we need to understand that distance learning has both advantages and disadvantages. Flexibility, accessibility of the learning process, economy of time confront social interaction, which leads to a non-ideal educational system.

Due to the arrival of quarantine measures in our life, students and teachers had to master the distance learning platform. Undoubtedly, technology has a lot of place in our lives, it has long existed in the work with students, it is possible that one day there will be a single information environment, which will fundamentally change the process of education [4].

Distance learning has many advantages: it allows students to focus on both group and individual work, makes it possible to study in a comfortable environment, to realize the human rights to education and information, which is very important for people with disabilities who are not able to study in full-time mode. In this situation, students are given the opportunity to study subjects independently.

It should be noted that distance learning has disadvantages. The main disadvantage is the absence of «live» communication, it ceases to organize the personal experience of students and their knowledge construction activities [2]. Students are deprived of practical skills in the conditions of distance learning, theoretical material is not supported by practice, necessary for medical universities.

Increased efficiency of e-learning will be achieved if the educational process will include theory, practice and control. The use of all these parameters provides an adequate assessment of the quality of organization and planning of training, which is the information support of organizational management of distance learning [1].

The purpose of the study is to conduct a sociological survey of the effectiveness of distance learning among students at different medical universities.

Materials and methods of the study. Previews of 3-year students of medical faculty of Kursk State Medical University (KSMU) and N.N. Burdenko Voronezh State Medical University (N.N. Burdenko VSMU) about distance learning during coronavirus infection and introduction of new technologies, in which 60 people participated: 46 girls and 14 young men. For modern people 63 technology is not a novelty, but only an attribute of ordinary life, where gadgets and robots have replaced people.

Results of the study. As a result of survey of 30 students of KSMU was revealed: the majority of students – 16 (53,3%) adapted to new conditions of distance learning satisfactorily, 7 people (23,3%) – well, 6 (20%) – poorly, only 1 (3,3%) considered distance learning excellent condition. 15 respondents (50%) state that it is very difficult to study remotely, 12 students (40%) are comfortable to study this way, but difficult, only 3 students (10%) like it very much. The level of motivation for distance learning decreased in 24 students (80%), remained unchanged in 4 people (13.3%), and increased only in 2 (6.7%). 18 students (60%) are not satisfied with the learning process in the new format, 9 (30%) - rather satisfied than not, 3 (10%) – satisfied completely. According to 18 students (60%) the teaching load decreased, 6 (20%) believe that it increased, and 6 (20%) believe that it has not changed. In evaluating the work of the faculty in distance learning, students responded as follows: 9 (30%) – good, but would like more additional materials; 9 (30%) – satisfactory, because they do not fully master the material; 8 (26.7%) – bad, do not understand the topics; 4 (13.3%) – excellent, understand everything. The advantages of e-learning took the following positions: 18 students (60%) – a high

probability of not getting a new infection, 13 (43.3%) chose self-education, for 15 (50%) students a big plus – additional material on subjects, 13 (43.3%) – use of new communications, 12 (40%) – the ability to video record lectures, 7 (23.3%) – testing. The most important pluses were: 13 (43,3%) – simplification of the learning process, 13 (43,3%) – the opportunity to work while studying, 18 (60%) – the latest information technology, 8 (26,7%) – mastering practical skills, 11 (36,7%) – comfort of learning, 9 (30%) – access to more material, 7 (23,3%) – see only minuses of distance learning.

In a comparative survey of 30 students at N.N. Burdenko All-Russian State Medical University we found: half of the students – 15 (50%) adapted satisfactorily to the new conditions of distance learning, 10 people (33.3%) – well, 4 (13.3%) – poorly, only 1 (3.3%) thinks distance learning is an excellent condition. 13 respondents (43.3%) state that it is convenient, but difficult, 12 students (40%) – very difficult, 3 students (10%) – do not like it, too easy, 2 (6.7%) – very convenient. The level of motivation to learn through distance education decreased for 20 students (66.7%), remained unchanged for 7 students (23.3%), and increased for only 3 (10%). 18 students (60%) are not satisfied with the process of learning in the new format, 9 (30%) – rather satisfied than not, 3 (10%) – satisfied completely. According to the opinion of 23 students (76.7%) the study load decreased, 5 (16.7%) think that it has not changed, and 2 (6.7%) think that it has increased. Students also evaluated the help of teachers in distance learning: 9 (30%) – satisfied; 8 (26,7%) – good work, but would like more additional materials; 9 (30%) – not satisfied, 4 (13,3%) – excellent, everything is understood. The advantages of e-learning took the following positions: 6 students (20%) – little chance of getting sick; 7 (23.3%) – self-education; 11 (36.7%) – lecture material; 18 (60%) – new educational programs; 14 (46.7%) – video recordings of lectures; 6 (20%) – independent testing. The most important pluses were: 7 (23,3%) – the opportunity to do the task during the working day, 10 (33,3%) – combining work with study, 16 (53,3%) – use of modern communication resources, 5 (16,7%) – receiving virtual practical skills, 13 (43,3%) – study at home, where it is comfortable and convenient, 12 (40%) – availability of any educational material, as well as the ability to download it, 5 (16,7%) – do not see any advantages of distance learning.

Conclusions. As a result of the study we came to the conclusion that distance learning is not ideal, undoubtedly, such changes save time, finances, give us the opportunity to be in a comfortable environment, we have access to various materials necessary to master the sciences, but in the opposite side we have a global problem – lack of social interaction, which increases the effectiveness of learning, practical possession. Lack of live communication leads to human limitation, to loss of contacts between people necessary for normal coexistence [3].

References.

1. Averchenko L.K. Distant pedagogy in adult education / L.K. Averchenko // *Philosophy of Education*. – 2011. – N 6. – P. 322-329.
2. Blokhovtsova G.G., Malikova T.L., Simonenko A.A. Development Prospects of Distance Learning / G.G. Blokhovtsova, T.L. Malikova, Simonenko A.A. // *New Science: Strategies and Vectors of Development*. – 2016. – N 118. – P. 89-92.
3. Secrets of success of distance learning / Yu.D. Semenikhina, V.G. Galkin, Yu.N. Kharlamova, S.E. Kostrykina // *All-Russian scientific-practical conference with international scholarship «Pedagogy and psychology: prospects for development» (18 September 2020, Cheboksary)*. – Cheboksary: Interactive Plus, 2020. – P. 23-26.
4. Khalikov A.A., Musamedova K.A., Ibragimova O.A. Analysis of distance learning methods and the introduction of distance learning in educational institutions / A.A. Khalikov, K.A. Musamedova, O.A. Ibragimova // *Bulletin of scientific conferences*. – 2017. – N 3. – P. 171-173.

DISTANCE EDUCATION IN UNIVERSITIES: DISADVANTAGES AND ADVANTAGES

GANMAVO S., Jordan H., Mansimova O.V., Prokofieva Y.V.,

Sheluhina A.N., Dorofeeva S.G.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

The article is devoted to the difficulties of obtaining and implementing distance education in Russia, including for medical students.

Key words: distance education, remote education, online education, education, medical education

The epidemiological situation in the world and in the Russian Federation this year has become critical, and this has forced the country's leadership to transfer education to "remote rails", which has forced a significant change in the approach to education at all its stages. This system was supposed to keep schoolchildren and students the opportunity for specialized education at the proper level, while allowing them not to leave the walls of the house. Among the advantages of this system, one can also note the high mobility of education, as well as saving time for both students and teachers.

However, has this system proved to be so effective in practice?

First of all, it can be noted that, contrary to the plans of the country's leadership, this system turned out to be much less effective, although it really made it possible to preserve the opportunity for schoolchildren and students to educate and, accordingly, to comply with the law, without violating what was enshrined in the forty-third article of the Constitution of the Russian Federation the rights of schoolchildren and students to education [1].

First of all, one of the main negative factors of distance learning was the fact that the quality of education itself fell. First of all, this is due to the technical difficulties faced by most teachers. According to the Minister of Education of Russia Olga Vasilyeva, at the moment, the average age of teachers in Russia exceeds fifty years [2], which means that the level of computer literacy of teachers is insufficient for working with electronic devices through which communication between the teacher and the student is expected. In addition, it is important to note that along with this, the level of the student's responsible attitude to the learning process is decreasing, since «there is a great temptation to turn on the lecture and go about your own business». And this means that a significant part of the material that the student needs to master will not be heard and, accordingly, will not be mastered.

In addition, there is also the problem of too high loads on educational platforms. Often, a large influx of authorized users leads to interruptions in the operation of the platform servers, and, accordingly, the inability to conduct a lesson on a particular platform.

And if we consider distance education in conjunction with higher education, then it can also be noted that large higher educational institutions have a fairly large number of nonresident students, many of whom are visitors from various regions of Russia. And, according to statistics for 2018, most of the regions either do not have access to the Internet at all, or the quality of the Internet connection will remain at an unsatisfactory level. So, for example, even in Moscow and the region, not all one hundred percent of the population has access to the Internet, and it is noted that the number of such citizens is approximately 82.2% in Moscow, and 76.4 in the Moscow Region. The lowest rate of access to the Internet is observed in the Republic of Ingushetia – 31.4% of the population [3]. And this means that students from remote regions, and especially from the outback, technically do not have the opportunity to receive education remotely.

It can also be noted that education in a distance format for teachers means the establishment of irregular working hours, and at the same time a strong increase in workload, which in general can affect not only the quality of teaching material, but also its preparation. In

addition, the lack of a normalized work schedule will also affect the emotional state of teachers and teachers, and this, in turn, will also affect the quality of education that pupils and students will receive from this teacher.

In addition, it is worth noting the general unpreparedness of the country for this form of education, since previously the country had no possible basis for obtaining education in this form, and it took place only in individual special cases, the experience of which cannot be transferred to global education in the country. The name of a certain experience in obtaining education, schoolchildren and students are accustomed to perceive learning in person, which means that when learning, they have direct contact with the teaching staff and receive education in the format of live communication. In the distance form of education, such a form of interaction between a teacher and a student or a teacher and a student is impossible, which means that both students and teachers need to "leave their comfort zone" and rebuild it, which requires a certain amount of time and sufficiently large emotional resources.

In addition, many specialties in modern times are simply impossible to teach and study in a remote format. If teaching in the humanities and social sciences, as well as individual technical sciences, is still possible without the direct presence of a student on the spot, then in other sciences this is not possible.

Thus, distance education has become a significant problem for students of medical higher educational institutions. It cannot be denied that knowledge of the theoretical base is of great importance for the physician. However, taking into account all of the above, taking into account all the trends in education in the country that existed before the 2020 pandemic, we can conclude that medical students in Russia will learn material much more effectively in full-time format, having the opportunity to communicate directly with the teacher and receiving an answer to a question of interest immediately after it was voiced by the student.

In addition, training in the medical specialty certainly requires a fairly large practical base, since without practice, theoretical knowledge for the most part loses its meaning.

One of the most important problems of distance education is the inability to "work with your hands". And in order to understand the characteristics of the course of a particular disease, as well as to collect data on its accompanying diagnoses, a complete history taking is necessary, which will be as complete as possible only with face-to-face interaction with the patient. And the presence of a more complete and clear clinical picture of the disease will allow the most correct treatment of the disease.

In addition, in a remote format, a medical student is deprived of the opportunity to visit such an important aspect of teaching a medical specialty as an autopsy. And this means that students who do not have face-to-face interaction with certain diseases will have distorted ideas about them, and, accordingly, in the future, this may lead to incorrect diagnosis or the establishment of causes of death.

It can also be noted that the study of various tissues of the human body is possible only in practice, since the theoretical material also presents these materials in a distorted form. As well as full-time education makes it possible to study biological preparations in more detail.

For medical students of the dental specialty, a significant loss may be the impossibility of attending phantom classes, which means that the possibility of preparing teeth is lost, and it is also impossible to visit dental laboratories, which means that the opportunity to study crowns and dentures is also lost.

In addition to all of the above, it can also be noted that the practice, which takes place in a remote format, does not provide an opportunity to properly master the practical skills necessary for a physician at work.

Summing up, we can say that distance education, although it has certain advantages, is in many ways extremely difficult to implement in the conditions of our country and the technical

equipment of the population, and in some educational moments it becomes completely impossible. It requires a sufficiently high level of self-organization from the student, as well as a sufficiently large physical and emotional return from teachers and students. It can be said that with doubled and even tripled workloads on both sides of the educational process, the level of education not only did not remain at the full-time level, but also fell to a significant extent. This indicates the need for either retraining of personnel and the provision of appropriate technical support, or the search for alternatives to this form of education, when the situation requires it.

References.

1. The Constitution of the Russian Federation. [Electronic resource]. Access mode: URL: <https://rg.ru/2020/07/04/konstituciya-site-dok.html> (accessed 09/16/2020).

2. Russian Education. [Electronic resource]. Access mode: URL: <http://www.edu.ru/news/shkola/sredniy-voznrast-pedagogov-v-rossiyskih-shkolah-pre/> (accessed 09/16/2020).

3. Percentage of residents of Russian regions with access to the Internet. [Electronic resource]. Access mode: URL: <https://zen.yandex.ru/media/cifra/procent-jitelei-regionov-rossii-imeiuscih-dostup-k-internetu-5ba12d614b69b700aa9078d4> (accessed 09/16/2020).

АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Наруцкая Е.Ю., Симонян Р.З., Лесная Н.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Введение. ВИЧ-инфекция – это инфекционное заболевание, которое поражает иммунную систему человека. На сегодняшний день инфекция стала проблемой № 1 почти на всех континентах мира. ВИЧ-инфекция сама по себе не имеет никаких клинических симптомов. Первые недели заболевания протекает как обычная простуда, потом к симптомам мог добавиться заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), слабость, быстрая утомляемость, повышенная температура, воспаление лимфоузлов и кожная сыпь. В современном мире одной из главной задач является просвещение молодежи об этом заболевании. Ведь молодежь наиболее активная часть современного общества. Именно в молодом возрасте закладываются базовые правила поведения, основы политической и финансовой грамотности. Молодые люди очень подвижны социально. Именно поэтому эта наиболее уязвимая группа риска для ВИЧ.

Цель исследования: выявить степень информированности студентов медицинского университета о данном заболевании. В связи с этим был проведен опрос студентов-медиков Курского государственного медицинского университета об их отношении к профилактике ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: В опросе приняли участие 151 студент с 1 по 6 курсы 6 факультетов: лечебный, педиатрический, стоматологический, медико-профилактический, фармацевтический и факультет клинической психологии. Из них 72 (47,7%) – лечебный факультет, 36 (23,8%) – стоматологический факультет, 37 (24,5%) – медико-профилактический факультет, 3 (2%) – факультет клинической психологии, 2 (1,3%) – фармацевтический факультет и 1 (0,7%) – педиатрический факультет.

На вопрос: «Как вы относитесь к ВИЧ-инфицированным людям?» 64,3% студентов ответили, что относятся нейтрально, 7,1% ответили, что относятся с сожалением, 21,4% ответили, что нейтрально, если человек не ведет себя асоциально, и 7,1% ответили, что ведут себя настороженно. Данные ответы позволяют понять, что современная молодежь осведомлена по поводу передачи ВИЧ-инфекции. Ведь инфекция не передается при рукопожатии, кашле, чихании, посещении больницы, и это означает, что здоровый человек может спокойно находиться рядом с ВИЧ-инфицированным. ВИЧ-инфицированные люди могут прожить долгую жизнь, и окружающие даже могут и не знать об их заболевании.

На вопрос: «Соблюдаете ли вы меры профилактики ВИЧ-инфекции?» 85,7% опрошиваемых ответили, что да, соблюдают, а 14,3% затрудняются ответить. Данные ответы позволяют понять, что современная молодежь думает о своем здоровье. Ведь всем известно, что важнейшей и действенной мерой борьбы с ВИЧ-инфекцией является профилактика. Она обязательно должна быть комплексной, должны учитываться все факторы передачи инфекции, а также меры индивидуальной защиты при контакте с больным. И, конечно, важно периодически сдавать кровь на анализы.

На вопрос: «В этом году вы хотя бы раз исследовали кровь на ВИЧ-инфекцию?» 64,3% студентов ответили, что нет, не исследовали и 35,7% ответили «да, исследовали». Исходя из этих ответов, можно понять, что студенты не видят необходимости в проверке крови на ВИЧ-инфекцию. И в этой ситуации есть несколько сторон. С одной стороны, это плохо, ведь незнание может привести к плохим последствиям. Но, с другой стороны, а если у студентов просто нет времени на это или они просто забывают об этом. В любом

случае каждому человеку когда-то придется сдать кровь, ведь анализ крови на ВИЧ входит в перечень обязательных анализов на прием на работу, например, или при поступлении в вуз.

Далее был задан вопрос: «Есть ли среди ваших знакомых ВИЧ-инфицированные?». 90% всех опрашиваемых ответили «нет». Самой главной проблемой инфекции является то, что человек может не знать о наличии данной инфекции или даже не верить в существование ВИЧ-инфекции. Некоторые люди отрицают сам факт существования данного заболевания. Это и настораживает, ведь как ты сможешь понять, инфицированный человек или нет, если он не верит в существование данной инфекции?

Следующий вопрос был таким: «Бойтесь ли вы стать ВИЧ-инфицированным человеком?». На данный вопрос 80% респондентов ответили, что «да», боятся. На самом деле ВИЧ-инфекция вызывает летальный исход, только если человек совсем ее не лечит. Если проходить противовирусную терапию, прислушиваться к специалистам, то ВИЧ-инфицированный может прожить долгую и счастливую жизнь. Но стоит отметить, что на сегодняшний день вирус иммунодефицита является неизлечимым. Однако некоторые специалисты утверждают, что если человек принимает противовирусную терапию, то ВИЧ может не перейти во вторую стадию – СПИД.

Далее был вопрос: «Что бы они предложили для снижения распространения ВИЧ-инфекции?». Самыми распространенными ответами были: ввести в школах уроки половой грамотности, информировать население о путях передачи инфекции, как можно чаще исследовать кровь на ВИЧ-инфекцию, соблюдать меры профилактики. Исходя из этих ответов, можно сделать такой небольшой вывод о том, что люди сейчас и правда мало знают об этом вирусе. Даже можно сказать, что большинство в современном обществе относятся к этому заболеванию несерьезно. Как правило, это делают люди, которые никогда не сталкивались с такой проблемой.

Важно знать, что ВИЧ может передаваться от матери к ребенку во время беременности, а также при переливании инфицированной крови, еще через грязную иглу. Сам вирус проникает в ДНК здоровой иммунной клетки, из-за чего нарушается иммунная функция организма. Из-за этого ВИЧ-инфицированные более восприимчивы к различным микроорганизмам, а также из-за этого повышается риск развития онкологических заболеваний.

Также важно знать основные сведения об этом заболевании. ВИЧ-инфекция имеет пять основных стадий развития. Первая стадия – это стадия инкубации. Она характеризуется фазой от момента заражения и до выработки антител или проявления каких-либо реакций. Далее идет стадия первичных проявлений – это этап, который начинается через 3-6 (максимум 12) месяцев после заражения. На этом этапе обычно нет никаких симптомов, но могут проявляться неспецифические симптомы: сыпь, ангина, увеличение лимфоузлов и т.д. Дальше идет субклиническая стадия – это период замедленного размножения вируса. Четвертая стадия характеризуется истощением иммунной системы. Именно на этой стадии могут развиваться инфекционные или онкологические заболевания. И пятая, последняя стадия – это стадия СПИД. На этом этапе происходят развитие вторичных тяжелых инфекций, поражение нервной системы и развитие онкологических заболеваний.

На основе проведенного опроса можно сделать вывод, что современной молодежи, в лице студентов медиков, небезразлична данная проблема. Несмотря на то, что проблемой № 1 в мире стала заболеваемость новой коронавирусной инфекцией, ВИЧ никуда не делся, и с каждым днем число зараженных ВИЧ растет, а вместе с этим растет и число жертв. Стоит принять к сведению предложения студентов по мерам профилактики и путям заражения ВИЧ-инфекцией, необходимо предоставить

информацию о развитии и клинических проявлениях заболевания среди населения, а также поделиться практикой по уходу за больными ВИЧ-инфекцией.

Список литературы.

1. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. В.В. Покровского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Технологии здоровой жизни/ВИЧ-инфекция в Курской области – URL: <https://mhlife.ru/prevention/infections/hiv/russia/kurskaya/>

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДОВ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В РАМКАХ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Конев А.А. Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 показала всему миру, что пандемия возможна даже в XXI веке. Ключевыми моментами борьбы с пандемией стали массовые меры профилактики, к которым относился переход всех образовательных учреждений на работу сначала в дистанционном, а потом и в гибридном формате [2]. Этот период ознаменовался резким и массовым введением современных технологий в процесс обучения [1]. В настоящий момент, когда радикальные меры профилактики коронавирусной инфекции сошли на нет и образовательные учреждения возвращаются к очному формату работы, перед нами встает вопрос: возможно ли применение современных технологий дистанционного обучения в рамках медицинского образования? [3]

В период реализации мер по борьбе с новой коронавирусной инфекцией на базе КГМУ применялись следующие технологии дистанционного обучения: онлайн-лекции с использованием платформы ZOOM, публикация лекций на платформе MOODLE, онлайн-семинарные занятия по гуманитарным, клиническим, а также факультативным дисциплинам, истории болезни в электронном формате.

В проведенном социальном опросе участвовали: 28 студентов 2 курса факультета лечебного дела КГМУ, обучавшиеся в течение 2 семестров с использованием технологий дистанционного обучения; 12 студентов 3 курса факультета лечебного дела КГМУ, обучавшиеся в течение 4 семестров с использованием технологий дистанционного обучения; 10 студентов 4 курса факультета лечебного дела КГМУ, обучавшиеся в течение 5 семестров с использованием технологий дистанционного обучения. Согласно результатам вышеописанного исследования для студентов 2 курса предпочтительным оказался гибридный формат обучения: за него проголосовали 22 студента, что составило 78,5%, в то время как за очный формат проголосовали только 6 студентов, что составило 21,5%. В данной социологической группе 50% считают, что широкое применение технологий дистанционного обучения возможно в рамках медицинского образования, а 35,7% считают, что это невозможно, в то время как 14,3% предпочли воздержаться от ответа. К перспективным методам дистанционного обучения отнесли: онлайн-лекции с использованием платформы ZOOM – 92,8%, публикацию лекций на платформе MOODLE – 64,3%, онлайн-семинарные занятия по основным дисциплинам с использованием платформы ZOOM – 35,7%, онлайн-семинарные занятия по факультативным дисциплинам с использованием платформы ZOOM – 28,6%, оценка мнения в отношении истории болезни в электронном формате не учитывалась у данной группы, так как на втором курсе факультета лечебного дела студенты еще не сталкивались с этим типом работы. В ходе исследования студентам было предложено оценить падение своего уровня теоретических и практических знаний по пятибалльной шкале, где 1 – отсутствие изменений, а 5 – сильное падение. По отношению к гибриднему формату обучения (очные семинарные занятия по основным дисциплинам, дистанционные семинарные занятия по гуманитарным дисциплинам, дистанционные лекции) падение своих теоретических знаний студенты оценили следующим образом: 1 балл – 64,3%; 2 балла – 35,7%; а падение уровня практических навыков: 1 балл – 42,9%; 2 балла – 35,7%; 3 балла – 14,4%. По отношению к дистанционному формату обучения (дистанционные семинарные занятия, дистанционные лекции) падение своих теоретических знаний студенты оценили следующим образом: 1 балл – 42,9%; 2 балла – 35,8%; 3 балла – 7%; 4 балла – 14,3%; а падение уровня практических навыков: 1 балл – 21,4%; 2 балла – 21,4%; 3 балла – 28,6%; 4 балла – 14,3%; 5 баллов – 14,3%.

Для студентов 3 курса предпочтительным оказался гибридный формат обучения: за него проголосовали 100% студентов. В данной социологической группе 66% считают, что широкое применение технологий дистанционного обучения возможно в рамках медицинского образования, а 16,6% считают, что это невозможно, в то время как 16,6% предпочли воздержаться от ответа. К перспективным методам дистанционного обучения отнесли: онлайн-лекции с использованием платформы ZOOM – 100%, публикацию лекций на платформе MOODLE – 83,3%, онлайн-семинарные занятия по основным дисциплинам с использованием платформы ZOOM – 0%, онлайн-семинарные занятия по факультативным дисциплинам с использованием платформы ZOOM – 33,3%, оценка мнения в отношении истории болезни в электронном формате не учитывалась у данной группы, так как в пятом семестре факультета лечебного дела студенты еще не сталкивались с этим типом работы. По отношению к гибриднему формату обучения падение своих теоретических знаний студенты оценили следующим образом: 1 балл – 33,3%; 2 балла – 66,6%; а падение уровня практических навыков: 2 балла – 66,6%; 3 балла – 16,6%; 4 балла – 16,6%. По отношению к дистанционному формату обучения падение своих теоретических знаний студенты оценили следующим образом: 1 балл – 16,6%; 2 балла – 33,3%; 3 балла – 6,6%; 4 балла – 33,3%; а падение уровня практических навыков: 1 балл – 16,6%; 2 балла – 16,6%; 4 балла – 66,6%.

Для студентов 4 курса предпочтительным оказался очный формат обучения: за него проголосовали 60% студентов, в то время как за гибридный – 0%. В данной социологической группе 80% считают невозможным широкое применение технологий дистанционного обучения в рамках медицинского образования. К перспективным методам дистанционного обучения отнесли: онлайн-лекции с использованием платформы ZOOM – 100%, публикацию лекций на платформе MOODLE – 60%, онлайн-семинарные занятия по основным дисциплинам с использованием платформы ZOOM – 0%, онлайн-семинарные занятия по факультативным дисциплинам с использованием платформы ZOOM – 20%, истории болезни в электронном формате – 20%. По отношению к гибриднему формату обучения падение своих теоретических знаний студенты оценили следующим образом: 1 балл – 40%; 2 балла – 60%; а падение уровня практических навыков: 1 балл – 20%; 2 балла – 40%; 3 балла – 20%; 4 балла – 20%. По отношению к дистанционному формату обучения падение своих теоретических знаний студенты оценили следующим образом: 2 балла – 40%; 3 балла – 40%; 4 балла – 20%; а падение уровня практических навыков: 3 балла – 40%; 4 балла – 40%; 5 баллов – 20%.

Благодаря полученным данным можно сделать следующие выводы: чем дольше студенты проходили обучение в рамках дистанционного и гибридного формата, тем большие пробелы в своих знаниях они ощущают и тем меньше перспектив они видят в современных методах дистанционного обучения. Стоит также отметить, что студенты считают очень даже возможным применение некоторых отдельных методов дистанционного обучения, в частности, онлайн-лекции с использованием платформы ZOOM.

В заключение хочется сказать, что массовое использование технологий дистанционного обучения было мерой скорее вынужденной, чем желаемой. Поэтому не стоит рассматривать их как ближайшее будущее медицинского образования.

Список литературы.

1. Петренко, Н.А. / Дистанционное обучение: проблемы и перспективы // Проблемы современного педагогического образования. – 2022. – № 74-2.
2. Попова Е.И., Баландин А.А., Дедюхин Д.Д. / Дистанционное образование: современные реалии и перспективы // Образование и право. – 2020. – № 7.
3. Шатуновский, В.Л. Еще раз о дистанционном обучении (организация и обеспечение дистанционного обучения) / В.Л. Шатуновский, Е.А. Шатуновская // Вестник науки и образования. – 2020. – № 9-1 (87). – С. 53-56.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ» – ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ

Колодина Е.Ю.

Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина,
Медицинский институт, Тамбов, Российская Федерация

Введение.

В настоящее время все больше и больше различных учебных учреждений задействуют в обучении современные технологии, основным из которых стало дистанционное обучение. Особенно востребовано оно стало развиваться в реалиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. В связи с необходимостью ужесточения противоэпидемических мероприятий обучение в очном формате стало недоступным. Режим самоизоляции повысил значимость использования смартфонов и других носимых устройств с выходом в Интернет. Однако использование смартфонов также связано с рядом негативных эффектов, например, со снижением эмпатии, формированием цифровой зависимости от гаджетов, подключенных к Интернету и социальным сетям [10].

Именно во время пандемии обучение в дистанционном формате стало жизненно необходимым всем, как единственный надежный способ получения образования. Но надо отметить, что переход от очной формы обучения к дистанционной был очень стремителен, и для многих участников образовательного процесса стал настоящим шоком. Сейчас же дистанционное обучение – неотъемлемая часть нашей жизни, без которой уже сложно представить современное общество.

Многие преподаватели и студенты различных направлений подготовки, в том числе и медицинского профиля, оценили по достоинству все плюсы и минусы данной системы, придя к определенному выводу – подходит или нет данный формат конкретно каждой специальности.

Изучая уже имеющиеся на данный момент работы по изучению дистанционного обучения, мною были отмечены следующие аспекты: особенности использования дистанционного обучения в образовательном процессе (в работе Тихомировой А.А. [1]), дистанционное обучение как новая форма обучения (в работе Болотиной Н.В. [2]), дистанционное обучение в условиях медицинского университета (в работе Бушминой О.Н. [3]), выделены основные достоинства и недостатки данного метода (в работе Гордеевой Л.К. [4]), оценка эффективности дистанционного обучения преимущественно студентами (в работе Адильгазина Г.З [5]).

Актуальность.

Актуальность данного исследования обосновывается общим вкладом в развитие педагогических наук. А также проведением анализа работы медицинских вузов на примере конкретной дисциплины не в теории, а на уже имеющейся практике. Это позволит не только отметить преимущества и недостатки дистанционного обучения, но и повысить качество образования в дальнейшем.

Цель исследования.

В данном исследовании основной целью стала оценка данного формата обучения, то есть дистанционного, как основного способа освоения дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней» преимущественно для студентов. И, помимо этого, сравнение полученных результатов с уже имеющимися данными по данной теме.

Методология.

В процессе исследования были использованы следующие методы: анализ интернет-источников и научной литературы по проблеме исследования, проведение

анкетирования среди студентов, сравнение полученных в ходе анкетирования данных с интернет и литературными источниками.

Результаты.

В данном исследовании приняли участие 30 студентов 3 курса медицинского института ТГУ им Г.Р. Державина специальности «Лечебное дело». Им была предоставлена анонимная анкета с 6 вопросами, которые помогли понять отношение студентов к дистанционному обучению, как основному способу получения знаний. В данную анкету вошли вопросы, которые помогли оценить полноту полученных теоретических и практических знаний по предмету «Пропедевтика внутренних болезней», способность студентов применить их на практике. К тому же оценить технические аспекты дистанционного обучения. И как итог – выразить свое мнение о продолжении дальнейшего обучения в дистанционной форме, подкрепив свое решение кратким обоснованием.

Первый блок вопросов был направлен на установление технических возможностей для проведения занятий в дистанционной форме. При подведении итогов анкетирования выяснилось, что большинство студентов использовали для занятий персональный компьютер или ноутбук (83,3% опрошенных). При этом около 76,7% опрошенных испытывали «технические неполадки» в ходе дистанционного обучения. Данные результаты совпадают с ранее проводимыми исследованиями [4], [9].

Второй блок был направлен на оценку охваченности как теоретического, так и практического материала. На вопросы о полноте полученного материала все опрошенные пришли к выводу, что при дистанционном обучении получили исчерпывающий объем материала по данному предмету (100% опрошенных), к тому же он сопровождался достаточным наглядным сопровождением в виде схем, таблиц, наглядных пособий (96,7% опрошенных).

Переходя же к оценке практической части подготовки студентов, можно отметить неутешительные результаты. Большинство опрошенных отметили невозможность освоения практических навыков, таких как пальпация, перкуссия и аускультация (83,3%). К тому же еще большее количество студентов признались в невозможности продемонстрировать практические навыки на манекене или пациенте (93,4%). При этом в данную группу вошли студенты, которые в предыдущем вопросе отметили, что смогли освоить практические навыки в ходе дистанционного обучения. Полученная мною статистика несколько превышает полученные ранее данные.

Третий блок был призван дать общую оценку готовности и желанию студентов продолжить обучение данному предмету в дистанционной форме. Большинство опрошенных предпочли бы продолжить обучение в очной форме (66,7%). Подкрепили они свое решение рядом причин, ведущими из которых стали: 1) невозможность освоения практических навыков при дистанционном обучении, 2) лучшая усвояемость материала в очной форме, 3) затруднение контактной работы между преподавателем и студентом при дистанционном обучении. Группа студентов, выбравших продолжить дистанционное обучение, (33,3%) подкрепили свое решение следующими доводами: 1) удобство и экономичность процесса; 2) снижение волнения при ответе. Данные результаты совпадают с ранее предоставленными статистическими данными [4], [5], [9].

Выводы.

В ходе анализа результатов исследования было выявлено действительное отношение студентов к дистанционному обучению. В настоящее время мы видим неготовность студентов изучать предмет «Пропедевтика внутренних болезней» в дистанционном формате. Предпочтение отдается очному обучению, то есть в той форме, которая изначально зарекомендовала себя. А в свете настоящих событий эта форма прошла «проверку на прочность».

Сравнивая выводы из множества ранее проведенных исследований дистанционной формы обучения (проводимые в различных сферах), которые в большей мере отмечали удобства, экономичность, способность донести для обучающихся всю необходимую информацию, стоит отметить обратный результат данного исследования, то есть незаинтересованность в дистанционном обучении применительно к медицинской сфере. Нельзя со стопроцентной уверенностью вычеркнуть дистанционное обучение при получении медицинского образования. Поиск сбалансирования двух форм обучения остается основным вопросом в сфере развития медицинского образования.

Обобщая все вышесказанное: постижение медицинской науки – дело не простое и трудоемкое, нуждающееся в больших энергетических, финансовых и временных затратах, а также в необходимости освоения практических умений, а для этих целей дистанционное образование не подходит.

Список литературы.

1. Тихомирова А.А. Особенности использования электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в образовательном процессе медицинского вуза // Медицина: теория. И практика. – 2019. – № 5. – С. 540-541.
2. Болотина Н.В. Дистанционное обучение как новая форма обучения // Гуманитарный вестник. 2015. № 2. С. 27-34.
3. Бушмина О.Н. Дистанционное обучение в условиях медицинского университета // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2021. – № 1 (34). – С. 37-39.
4. Гордеева Л.К. Применение дистанционного обучения в условиях пандемии: преимущества и недостатки // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2021. – № 1(34). – С. 96-98.
5. Адильгазинов Г.З Дистанционное обучение глазами студентов // The scientific heritage. – 2020. – No 49. – С. 5-11.
6. Шатуновский В.Л., Шатуновская Е.А. Еще раз о дистанционном обучении (организация и обеспечение дистанционного обучения) // Вестник науки и образования. – 2020. – № 9-1. – С. 53-56.
7. Вольчик В.В., Ширяев И.М. Дистанционное высшее образование в условиях самоизоляции и проблема институциональных ловушек // Актуальные проблемы экономики и права. – 2020. – Т. 14, № 2. – С. 235-248. 13
8. Вольчик В.В. Дистанционное высшее образование в условиях самоизоляции и проблема институциональных ловушек // Экономика и управление народным хозяйств. Актуальные проблемы экономики и права. – 2020. – Т. 14, № 2. – С. 235-248.
9. Комарова Ю.А. Дистанционное обучение: отношение студентов 4 курса бакалавриата к современной тенденции обучения // Научный журнал «Меридиан». – 2020. № 9 (43). – С. 174-176.
10. Lovink G. Social media abyss: Critical Internet cultures and the force of negation. Cambridge; Malden: Polity, 2016.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Тягушева Е.Н., Герасименко И.В., Науменко Е.И.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва, Медицинский институт, Саранск, Российская Федерация

Актуальность: семейная гиперхолестеринемия (СГХС) является распространенной генетической причиной повышенного холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) из-за дефектного клиренса циркулирующих частиц ЛПНП. Все пациенты с СГХС подвергаются высокому риску развития преждевременных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) атеросклеротического генеза вследствие их генетически обусловленного пожизненного воздействия высокого уровня ЛПНП [1]. Диагностика СГХС базируется на сложных алгоритмах, которые включают оценку уровня ЛПНП, клинических особенностей, семейной истории, анализ ДНК, получить и собрать которые не всегда возможно в реальных условиях. В ходе литературного обзора была найдена информация о новом упрощенном определении СГХС канадскими учеными [2]. Также проанализировано корейское руководство 2022 года по данному заболеванию [3].

Цель исследования: описание генетических и клинических характеристик и потенциальных причин СГХС.

Материалы и методы: проведен обзор полнотекстовых научных статей с глубиной поиска 5 лет, посвященных исследованиям клинических особенностей семейной гиперхолестеринемии. Поиск производился в электронных ресурсах medRxiv, PubMed, Google Scholar, ResearchGate.

Результаты: СГХС является одним из наиболее распространенных генетических нарушений метаболизма холестерина [6] и мутации в СГХС-ассоциированных генах, таких как рецептор липопротеинов низкой плотности (LDLR), аполипопротеин В (APOB), пропротеинконвертаза субтилизин / кексин типа 9 (PCSK9) и адаптор рецептора липопротеинов низкой плотности 1 (LDLRAP1), которые могут повышать плазменные уровни холестерина ЛПНП и приводить к раннему инфаркту миокарда [8, 15]. Наряду с генетическими аспектами, в патофизиологии СГХС принимает участие CD36, гликопротеин с молекулярной массой 88 кДа, который действует как рецептор окисленных ЛПНП и транспортер длинноцепочечных жирных кислот. CD36 экспрессируется в различных клетках человека, включая тромбоциты, моноциты/макрофаги, капиллярные эндотелиальные клетки, адипоциты, эпителиальные клетки в почках и сердечные миоциты. Сообщалось, что дефицит CD36 связан с повышением уровня Х-ЛПНП и развитием тяжелого атеросклеротического поражения сердечно-сосудистой системы, что, возможно, является результатом повышенного уровня триглицеридов, остатков хиломикрон и небольших плотных ЛПНП, а также печеночной резистентности к инсулину, вызванной накоплением длинноцепочечных жирных кислот в печени [14].

Согласно зарубежным источникам [7] на практике диагноз «СГХС» часто основывается на клинических оценках, таких как критерии Голландской сети липидных клиник (DLCN), критерии Саймона Брума или критерии ранней диагностики предотвращения ранней смерти (MEDPED). DLCN и критерии Саймона Брума включают информацию о генетическом тестировании как важной части постановки определенного диагноза СГХС, но зачастую диагноз устанавливается только на основе клинической оценки из-за высокой стоимости и малодоступности генетического анализа [8, 11]. Исследования показали, что 20-60% пациентов с фенотипической СГХС в соответствии с клиническими критериями не имеют обнаруживаемой мутации в наиболее распространенных генах, вызывающих СГХС [9].

В работе Masana и соавторов [6] была предложена классификация СГХС, имеющая первостепенное значение для выбора терапевтического подхода, в ходе которой были выделены четыре типа:

1. Моногенная гетерозиготная СГХС. Представляет собой форму заболевания, когда пациенты несут функционально значимые мутации в одном аллеле LDLR (GeneID: 3949, GenBank NM_000527.4), APOB (GeneID: 338, GenBank NM_000384.3) или PCSK9 (идентификатор гена: 255738, GenBank NM_174936.4) гены [15].

2. Моногенная гомозиготная СГХС, вызванная либо доминантными мутациями в LDLR, APOB или PCSK9, либо рецессивными мутациями в гене ARH (LDLRAP1) (идентификатор гена: 100286472, GenBank NM_015627.3) – с поражением обоих аллелей.

3. Полигенная СГХС, характеризующаяся четкими проявлениями клинического фенотипа, несмотря на пациентов, не имеющих мутаций в генах, связанных с классической СГХС, но отличающихся от несемейных случаев мультифакториальной гиперхолестеринемии.

4. СГХС в сочетании с гипертриглицеридемией, которая включает подгруппу пациентов с семейной комбинированной гиперхолестеринемией, которые удовлетворяют критериям СГХС, но также демонстрируют гипертриглицеридемию.

Первые исследования семейной гиперхолестеринемии в России относятся к концу 1980-х годов. В течение многих лет в России не предпринималось попыток оценить частоту СГХС. Текущие оценки показывают, что число пациентов, гетерозиготных по мутациям, вызывающим СГХС, среди населения России колеблется от 287 000 до 1 300 000 [4], в то время как примерно 150-300 человек имеют гомозиготную форму СГХС [5]. Такой широкий диапазон значений является результатом различий в критериях, используемых для диагностики СГХС, и в критериях отбора пациентов. В некоторых исследованиях подсчитывалось количество пациентов с гиперхолестеринемией в семейном анамнезе, в то время как в других протоколах учитывалось количество лиц с высоким уровнем холестерина во всей обследованной популяции. Это отражает отсутствие консенсуса относительно значения термина «семейная гиперхолестеринемия» [6].

LDLR, APOB и PCSK9 являются общими мишенями патогенных вариантов, и в каждом гене существуют различные мутации. Сообщалось и о других редких патогенных вариантах. В целом единого диагностического стандарта СГХС не существует, и в каждой стране используются различные клинико-лабораторные критерии. Применяемые в настоящее время алгоритмы диагностики имеют важные ограничения: клинические проявления редки; исходный уровень холестерина ЛПНП часто недоступен из-за использования гиполипидемической терапии, не всегда удается отследить семейный анамнез, не во всех клиниках есть возможность провести анализ ДНК. Однако, несмотря на сложности диагностики, выявление семейной гиперхолестеринемии крайне важно, поскольку риск развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротической природы у данной категории пациентов в 10 раз выше по сравнению с общей популяцией [10].

В этой связи, уже начиная с объективного обследования пациента, следует обращать внимание на такие типичные признаки нарушения липидного обмена, как ксантомы сухожилий, которые представляют собой неопухольевые поражения, характеризующиеся желтоватыми папулами, бляшками или узелками из-за накопления жировых макрофагов в дерме и подкожной клетчатке, ксантелазмы возле глаз и липоидная дуга роговицы. Однако нужно иметь в виду, что у многих пациентов с СГХС эти проявления отсутствуют [2].

Весьма важным диагностическим шагом является выявление факторов риска развития ССЗ атеросклеротического генеза у больных СГХС. По данным Чан Джу Ли и соавторов [3], оценка сердечно-сосудистого риска с использованием хорошо известных калькуляторов риска у пациентов с СГХС неуместна. Уровни ЛПНП у этих пациентов увеличиваются с раннего возраста, и такие расчеты могут привести к недооценке риска. В связи с этим американские руководящие принципы гиполипидемической терапии классифицируют людей с ЛПНП $\geq 4,913$ ммоль/л как группу пользы статинов, чей сердечно-сосудистый риск имеет право на фармакологическую терапию. Европейские руководящие принципы 2019 года [7] классифицируют пациентов с СГХС на группы очень высокого или высокого риска в соответствии с наличием других факторов риска. К ним относятся традиционные факторы, такие как возраст, мужской пол, гипертония, курение, ЛПНП, история атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и индекс массы тела.

Хотя СГХС является генетическим заболеванием, генетическое тестирование проводится на небольшом количестве людей с подозрением на данное заболевание. А между тем данный метод необходим для более четкой диагностики, уточнения оценки риска и последующего проведения гиполипидемической терапии и повышения эффективности каскадного скрининга СГХС [13]. Недавнее исследование показало, что сердечно-сосудистый риск носителей патогенных вариантов генов в 3 раза выше, чем у людей с аналогичными физическими признаками, но без них. Как упоминалось ранее, распространенность патогенного варианта носителей может варьировать в зависимости от типа клинического диагноза. Диагноз «СГХС» не может быть исключен, когда у человека есть СГХС-совместимый фенотип и семейный анамнез, даже если патогенные варианты не идентифицированы в генетическом тестировании. Такие случаи могут иметь полигенное происхождение или вариант нового гена [16].

Канадские ученые [2] определили совершенно новую методику определения СГХС, которую адаптировали под население. Значения ЛПНП были определены из большой базы данных, включающей больше 3,3 миллиона пациентов. Определенная СГХС включала: повышенный ЛПВП ($\geq 8,50$ ммоль/л) или ЛПНП $\geq 5,0$ ммоль/л (для возраста 40 лет и старше; $\geq 4,0$ ммоль/л, если возраст моложе 18 лет, и $\geq 4,5$ ммоль/л, если возраст составляет от 18 до 39 лет), когда они связаны по меньшей мере с одним из объективных признаков: ксантома сухожилия или причинно-следственная мутация ДНК в генах LDLR, APOB или PCSK9 в пробанде или родственнике первой степени. Вероятная СГХС определялась у пациентов с повышенным ЛПНП ($\geq 5,0$ ммоль/л) и наличием преждевременного атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания у самого пациента или родственника первой степени или повышенного ЛПНП у родственника первой степени [2].

После верификации СГХС необходимо незамедлительно начать ее лечение, при этом важна одновременная коррекция и других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза [3]. Нефармакологические методы лечения, такие как терапевтическая модификация диеты и физические упражнения, во многом схожи с рекомендациями по дислипидемии в целом. Это снижение потребления насыщенных жиров, трансжирных кислот, холестерина, углеводов, сахара и алкоголя, увеличение потребления пищи, богатой клетчаткой, овощей, рыбы и свежих фруктов. Рекомендуются аэробные упражнения умеренной интенсивности не менее 30 минут в течение 4-6 раз в неделю и регулярные упражнения с отягощениями не реже двух раз в неделю.

Фармакотерапией первой линии являются статины [11, 12]. Если назначение статинов противопоказано или имеется доказанная непереносимость статинов, а также в

комбинации со статинами пациентам с СГХС в случае, если на фоне приема максимально рекомендованных (согласно инструкции по применению) или максимально переносимых пациентом доз статинов не удастся достичь обозначенных выше целых уровней лабораторных показателей, рекомендуется применение ингибитора абсорбции холестерина, препарата эзетимиб [12]. В случае, если на фоне приема максимально подобранной гиполипидемической терапии у пациента с СГХС уровень ХС-ЛПНП остается высоким, рассматривается дополнительное назначение моноклонального IgG2 – ингибитора PCSK9.

Выводы: несмотря на повышение осведомленности общественности о важности лечения гиперлипидемии и расширения спектра клинико-лабораторных методов исследования, СГХС по-прежнему остается малоизученной проблемой, что приводит к отсутствию своевременной коррекции данного нарушения и значительному повышению риска развития ССЗ атеросклеротического генеза. В этой связи необходимо дальнейшее исследование патогенетических механизмов СГХС, включая генодиагностику, а также изучение влияния факторов образа жизни и окружающей среды. В процессе диагностики важно своевременно выявлять повышенный уровень липопротеинов-холестерина низкой плотности, учитывать наличие объективных признаков нарушенного липидного обмена (ксантомы, ксантелазмы, синильная дуга и т.д.), так как ранняя диагностика и лечение имеют решающее значение для улучшения результатов у пациентов с СГХС. Метаболизм липидов у человека кодируется множеством генов, однако при СГХС изменения чаще всего можно обнаружить в гене LDLR (до 90% случаев). Вследствие мутаций в гене LDLR измененный белок теряет свою функцию, ЛПНП не подвергаются переработке в гепатоцитах и продолжают длительно персистировать в циркуляторном русле, обуславливая клиническую картину заболевания. Отсутствие мутаций в гене LDLR не исключает СГХС, поэтому необходимо продолжить генодиагностику в направлении генов PCSK9 и APOB.

Список литературы.

1. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050857>
2. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.05.015>
3. <https://doi.org/10.12997/jla.2022.11.3.213>
4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181148>
5. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.550591>
6. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2019.00005>
7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050857>
8. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01608-3>
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174884/>
10. <https://doi.org/10.3390/jcm10194302>
11. <https://doi.org/10.1002/clc.23154>
- 12.

https://noatero.ru/sites/default/files/proekt_klinicheskie_rekomendacii_sghs_mz_rf_18.01

.pdf

13. <https://doi.org/10.3390/jcm10143090>
14. <https://doi.org/10.5551/jat.58909>
15. <https://doi.org/10.1186/s12944-019-1042-3>
16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186815>

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ВЗГЛЯДА НА ПРОБЛЕМУ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ

Лесная О.А., Мансимова О.В., Лесная Н.П.

Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Включение лиц с особыми образовательными потребностями (лиц с инвалидностью, лиц с ограниченными возможностями здоровья, лиц с особенностями развития) в образовательный процесс в высших учебных заведениях, а также в школах общего типа – это процесс, который называется инклюзия. Инклюзия – сравнительно новый подход для российского образования [4].

На законодательном уровне положения об инклюзивном обучении лиц с ОВЗ и инвалидностью были впервые закреплены в 2012 году в Федеральном законе «Об образовании в РФ» № 273-ФЗ от 29.12.12, который говорит, что инклюзивное образование – это процесс развития общего и профессионального образования, который подразумевает его доступность для всех в части приспособления к потребностям каждого лица вне зависимости от состояния его здоровья» [5].

Сегодня более чем в 40 странах мира используются инклюзивные образовательные методики. В Германии, Норвегии, Франции, Испании, США, Канаде и ряде других развитых стран уже более 20 лет реализуются методики инклюзивного образования. Тем не менее внедрение инклюзии в системы образования разных стран до сих пор вызывает острые споры и дискуссии [8].

Инклюзивное образование подразумевает изменение образовательных условий в учреждениях и ориентированность под нужды каждого студента. Многие студенты с ограниченными возможностями здоровья не могут осваивать учебную программу вузов в установленные сроки и в необходимом объеме. Им требуется программа, составленная с учетом их особенностей и возможностей, то есть индивидуально-адаптированная программа, которая подразумевала бы в том числе установку увеличенных сроков получения образования, не предусматривала бы единого учебного графика и не требовала бы создания физических условий для перемещения студентов [9].

Исследование 2010 года, проведенное Российским союзом ректоров, показало, что «здравоохранение» является одним из наиболее востребованных направлений обучения наряду с «экономикой и управлением», а также «педагогикой» [3]. Несомненно, это становится новым вызовом устоявшейся системе высшего медицинского образования в России. Даже в таких странах, как Великобритания, США, Канада, где инклюзивное медицинское образование уже давно внедрено, дискуссии по поводу возможности получения медицинского образования лицами с ограниченными возможностями здоровья не прекращаются еще с 1980-х годов. Основными аргументами «за» называют необходимость медицинских школ отвечать ценностям общества и людей, тот же уровень компетентность врача с инвалидностью, что и любого другого врача, а также то, что такой врач может предложить уникальную оценку состояния пациента на основании личного опыта [5]. Тем не менее сторонники противоположного мнения призывают быть более реалистичными в своих оценках, чтобы «не давать надежду и не тратить доллары, предоставляя места людям, которые никогда не будут в состоянии работать в выбранной сфере. Доктора работают для общества. А общество, в свою очередь, ожидает, что врач будет работать на самом высоком уровне» [1].

Что примечательно, основной фокус дискуссии в западных странах смещен именно на принятие врача или студента с ОВЗ медицинским сообществом и пациентами. Однако в нашей стране крайне актуальным становится вопрос и об организации эффективной обучающей среды для таких студентов. Называются следующие

противоречия, требующие устранения для полноценного внедрения инклюзии в сфере высшего медицинского образования: 1) между особыми образовательными потребностями части населения России и несоблюдением равных прав обучающихся в учреждениях высшего образования; 2) между необходимостью обеспечения доступности высшего образования для лиц с особыми образовательными потребностями в соответствии с современной нормативно-правовой базой и недостаточными условиями реализации инклюзии в вузе; 3) между озвученными государством намерениями повышения качества жизни инвалидов и лиц с ОВЗ и отсутствием разработанных механизмов претворения в жизнь данных замыслов [3, 2].

В нашей стране крупных исследований об отношении общества и принятии обществом людей с ОВЗ не проводилось. Тем более у нас нет данных об отношении профессионального медицинского сообщества к докторам, работникам здравоохранения или студентам-медикам с ОВЗ.

Цели исследования. Данное исследование является пилотным и пытается ответить на вопрос о взглядах и отношении профессионального сообщества (в данном случае преподавателей и студентов медицинских вузов) к людям с ОВЗ в медицинской профессии.

Материалы и методы. Результаты. Всего было опрошено 82 респондента в возрасте от 19 до 68 лет. Из них 60% составили студенты медицинских вузов и 40% – преподаватели. Большая часть опрошенных (87%) знает кого-либо с ограниченными возможностями здоровья. Тем не менее в повседневной жизни большинство опрошенных редко встречаются с людьми с инвалидностью (97,8%). Соответственно и степень осведомленности о жизни людей с ОВЗ, их возможностях и трудностях остается достаточно низкой – только 3,7% опрошенных хорошо осведомлены об этом. Примечательно, что мнение студентов об отношении к студенту с ОВЗ в случае появления такого студента в группе разделилось почти на равные части в отношении следующих высказываний: 43% считают, что относились бы к такому студенту как к равному; 50% – старались бы помогать и 7% – постарались бы всячески избегать обращать внимание на имеющиеся дефекты.

Абсолютное большинство респондентов (94,6%) считают, что люди с ОВЗ могут успешно обучаться в медицинском вузе. Интересно, что две трети из них составляют студенты (68%), в то время как преподаватели были более осторожны в своих оценках. Что касается мнения опрошенных о дальнейшем построении медицинской карьеры, то более половины из них высказали опасение по поводу реальной возможности устроиться на работу по выбранной специальности. Общее мнение респондентов – «студенты с ОВЗ должны очень тщательно выбирать подходящую практическую сферу».

Большинство преподавателей высказали сомнения по поводу технических возможностей сделать обучение в медицинском вузе доступным для людей с ОВЗ, особенно это касается клинических дисциплин и практических занятий в клиниках. В то же время студенты в меньшей степени задумываются о технических возможностях осуществления обучения студентов с ОВЗ. Так, например, практически все студенты младших курсов вообще не видят препятствий для обучения людей с инвалидностью в медицинском вузе. В то время, как студенты старших курсов уже на основании личного опыта говорят о возможных сложностях работы в клиниках, включая работу в операционной, дежурства и т.д.

Ограничениями исследования стали небольшое число участников, преимущественно женский пол опрошенных, участие в исследовании только двух университетов, что, конечно, не отражает популяцию в целом.

Выводы. XXI век ознаменовался подписанием в 2006 г. первого всеобъемлющего договора в области прав человека XXI столетия, а именно Конвенции ООН о правах инвалидов, принятой резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года и закрепляющей основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью [7]. Конвенция была ратифицирована Российской Федерацией в 2012 г.

Подписание Конвенции о правах инвалидов ознаменовало не только изменение правовых норм, но и окончательную смену исключительно медицинской парадигмы в отношении инвалидности, когда инвалидность определяется как нарушение здоровья, а значит, и ограничивает поддержку людям медико-социальной помощью, на социальную, когда признается, что человек является инвалидом не только в силу имеющихся у него ограничений, но и по причине тех барьеров, которые существуют в обществе, а значит, обществу необходимо преодолеть негативные установки в отношении инвалидности, изжить их и предоставить людям с инвалидностью равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни, в том числе и в образовании [6]. Наше исследование является пилотным, имеет ряд ограничений. Тем не менее на основании полученных данных можно сделать следующие выводы: 1) степень осведомленности об особенностях жизни людей с ОВЗ остается достаточно низкой; 2) отношение студентов к появлению человека с ОВЗ в группе положительное, в основном студенты готовы помогать своим коллегам и стараться относиться к ним на равных; 3) основные опасения в отношении процесса обучения студентов с ОВЗ связаны с технической стороной организации процесса; 4) практически единогласное мнение о возможных сложностях дальнейшего построения медицинской карьеры.

Список литературы.

1. Mogensen, L., Hu, W. "A doctor who really knows ...": a survey of community perspectives on medical students and practitioners with disability. *BMC Med Educ* 19, 288 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1715-7>.
2. Shrewsbury D., Mogensen L., Hu W. Problematizing medical students with disabilities: a critical policy analysis. *MedEdPublish*. 2018. <https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000045.1>
3. Бурилкина С.А., Каминский А.С. Студенческая молодежь и инклюзивное образование // Гуманитарно-педагогические исследования. 2018. Т. 2. № 2. С. 24-29.
4. Донгаузер Е.В. Современное состояние инклюзивного образования в системе высшего образования России / Е.В. Донгаузер, С.А. Частухина // Высшее образование в России: история и современность : сборник научных трудов / науч. ред. М.А. Дьячкова ; отв. ред. О.Н. Томюк. – Екатеринбург : УрГПУ, 2017. – С. 124-130.
5. Жолудова А.Н., Полякова О.В. Готовность преподавателей медицинского вуза к инклюзивному образованию // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2019. Т. 7, № 2 (25). Доступно по ссылке: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=375> Ссылка активна на чч.мм.гггг. doi: 10.23888/humJ20192332-342.
6. Инклюзивное образование в России. – Москва : Перспектива, 2011. – Режим доступа: <http://perspektivainva.ru/userfiles/education/publication/incliuzivnoe-obrazovanie-v-rossii.pdf>
7. Конвенция о правах инвалидов. <http://www.un.org/ru/documents/ods.asp?m=A/RES/61/106>
8. Курмышева Л.К. Инклюзивное образование: зарубежный опыт. *Сибирский педагогический журнал*. – № 9. – 2012. – С. 221-224.
9. Михальчи Е.В. Состояние инклюзивного образования в системе высшего образования в России // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 2. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12445>.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕОМАННИСОЛ» НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Эрназаров Х.И., Эргашев У.Ю.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Сахарный диабет – одна из ведущих проблем современной медицины. Раневой процесс и особенности его течения неизменно остаются в центре внимания и представляют одно из основных направлений в решении проблемы гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС) и последующей тактике хирургического лечения. В настоящее время высказывается мнение, что сахарный диабет негативно влияет на течение раневого процесса, замедляет заживление ран, которые приобретают длительный, рецидивирующий характер.

Цель исследования. Изучение влияния нового препарата «Реоманнисол» на заживление раны с учетом патоморфологических аспектов в комплексном лечении экспериментального синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования проведены на 100 белых беспородных крысах-самцах массой 220-250 г. Экспериментальные животные разделены на 2 группы: 1-я контрольная – на экспериментальной модели диабетической стопы применение традиционного комплексного лечения; 2-я группа опытная – на экспериментальной модели диабетической стопы – традиционное лечение и реоманнисол. После 24-часового голодания крысам внутрибрюшинно вводили раствор аллоксана 2% в дозе 12 мг на 100 г. Диабет был подтвержден через 3 дня. Концентрацию глюкозы в периферической крови измеряли глюкометром Accu Chek. День верификации сахарного диабета считали нулевым днем его развития. В день верификации на поверхности кожи правой задней лапы подушечки ступни создавали прямоугольную рану полной толщины размером 2 мм × 5 мм. Ежедневно раны были обработаны традиционным методом лечения (5% спиртовой раствор йода и мазь «Левомеколь»), в опытной группе – традиционный метод лечения и внутрибрюшинно 1 раз в сутки на 5 дней в дозе 1 мл / 100 г. Крыс выводили из эксперимента декапитацией на 1-е, 3-и, 7-е, 10-е, 14-е сутки. Для определения площади раны использовали тест Л.Н. Поповой (1942). Статистическая обработка выполнена параметрическим методом (программы SPSS 16.0 и Statistica 6.0 for Windows), достоверность различий оценивалась как статистически значимая при $p \leq 0,05$.

Результаты. При осмотре раны учитывались следующие параметры течения раневого процесса: наличие и характер воспалительной реакции, наличие и характер струпа, прочность его прилегания к подлежащим тканям, выраженность перифокального воспаления, гиперемия кожи и инфильтрацию тканей в области раны, состояние краев и дна раны, сроки очищения раны от некротических тканей и появления грануляций, характер грануляционной ткани, сроки начала эпителизации ран. Через 24 часа в обеих экспериментальных группах после ранения размер раны увеличился в обеих группах, поскольку края ран были растянуты дальше друг от друга из-за отека, отек распространился на всю стопу, поверхности раневых дефектов были покрыты тонким струпом, образованным раневым отделяемым. При взятии животного в руки корочка легко повреждалась, просачивался прозрачный экссудат. Отмечаются ярко выраженные признаки воспаления: края раны отечны, гиперемированы с участками некроза, дно ран покрыто участками фибрина. При анализе результатов планиметрических исследований скорости эпителизации раневых дефектов на 3-и сутки эксперимента особого различия в группах не получено. В обеих группах на 3-и сутки раневые дефекты у животных были

покрыты плотным струпом темного цвета, сохранялись явления воспаления. При осмотре перифокально от раны определялось выбухание кожного покрова в обеих группах. При ревизии раны у контрольной группы струп с раны легко удалялся относительно опытной группы, под струпом у контрольной – ткани местами тусклого цвета, имеется слой фибрина, имелись участки некроза. У опытной группы отмечалось уменьшение отека и гиперемии краев и стенок ран – идет на убыль, прослеживается начало формирования ангиогенеза и элементы грануляции со дна раны по сравнению с контрольной группой. В опытной группе струп был трудноотделяемый, ткани местами с наложением фибрина. Набухание в области раны стопы продолжалось у крыс контрольной группы на 7-8-й день, но у крыс опытной группы оно уменьшалось уже на 5-й день после ранения. На 7-й день после ранения у крыс из опытной группы при использовании препарата отмечено достоверное уменьшение площади ран ($4,3 \pm 0,05 \text{ мм}^2$; $P \leq 0,001$) в 2 раза по сравнению с изначальной, и в 1,5 раза, чем у крыс контрольной группы ($6,5 \pm 0,07 \text{ мм}^2$), за счет раневой контракции и краевой эпителизации. У опытной группы корочка с раны удалялась с большим трудом, под ней располагался ярко гранулирующий раневой дефект с выраженными признаками краевой эпителизации. Также наблюдается практически полное закрытие раневого дефекта, что превосходит данный показатель у опытной группы. Вокруг раны происходит восстановление шерстяного покрова. Отмечались начальные проявления краевой эпителизации – по краям раны был виден нарастающий на грануляционную ткань тонкий слой эпителия, в последующие дни его ширина увеличивалась. В контрольной группе обнаруживалась картина формирования малодифференцированной (грануляционной) ткани, местами сохраняются пленки фибрина, также процесс васкулогенеза очень слабый. К 10-м суткам в опытной группе, получавшей традиционное лечение и препарат «Реоманнисол», отмечены самостоятельное практически полное закрытие раневого дефекта и рост волос вокруг раны. В контрольной группе на 10-е сутки сохранялся раневой дефект около $4,9 \pm 0,05 \text{ мм}^2$, рана зажила на 14-е сутки эксперимента.

Выводы.

1. Скорость заживления раневых дефектов у крыс при синдроме диабетической стопы на местном традиционном лечении (5% спиртовой раствор йода и мазь «Левомеколь») приходится на 14-е сутки, так как удлиняются сроки резорбции и отторжения некротических тканей в ране, поражения сосудов микроциркуляторного русла (микроангиопатия), длительное время наблюдается отек. Раневой процесс на фоне СД характеризуется поздним формированием ангиогенеза, грануляционной ткани, замедлением и нарушением созревания грануляционной ткани, краевой эпителизации.

2. В опытной группе у крыс, наряду с местным традиционным методом лечения раны, был применен препарат «Реоманнисол» внутривнутрибрюшинно, в результате заживление раны зафиксировано на 10-е сутки с момента нанесения раны на ступню крыс. Применение местного лечения и реоманнисола позволяет усилить ангиогенез в ранние сроки эксперимента (3-и сутки) и восстановить нарушенную микроциркуляцию, повысить макрофагальную реакцию, пролиферацию фибробластов, созревание и ремоделирование грануляционной ткани и ее эпителизации, уменьшить явление воспалительной реакции, что приводит к более эффективному и раннему заживлению раневой области.

Список литературы.

1. Аметов А.С., Богданова Л.Н. Гипергликемия и глюкозотоксичность – ключевые факторы прогрессирования сахарного диабета 2-го типа // РМЖ. – 2010. – № 23. – С. 1416-1418. – http://www.rmj.ru/articles_7322.

2. Волчегорский И.А., Долгушин И.И., Колесников О.Л., Цейликман В.Э. Экспериментальное моделирование и лабораторная оценка адаптивных реакций организма. Челябинск: Издательство Челябинского государственного педагогического университета; 2000.
3. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н. Стандарты лечебно-диагностических мероприятий у больных диабетической остеоартропатией и гнойно-некротическими поражениями стоп // Сб. ст. конф. «Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии – М., 2001. – С. 107-112.
4. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция. – М. : Медицина, 1990. – С. 258.
5. Bennett W.L., Maruthur N.M., Singh S. et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations // *Ann. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 155, N 1. – P. 67-68.
6. Eidi M., Eidi A., Saeidi A. et al. Effect of coriander seed (*Coriandrum sativum* L.) ethanol extract on insulin release from pancreatic beta cells in streptozotocin-induced diabetic rats // *Phytother. Res.* – 2009. – Vol. 23. – P. 404-406.
7. Guillemin, Y., Le Broc, D., Ségalen, C., Kurkdjian, E., and Gouze, J.N. 2016. Efficacy of a collagen-based dressing in an animal model of delayed wound healing. *J. Wound Care* 25: 406-413. [medline] [CrossRef].

ЛИКВИДАЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «РЕОМАННИСОЛ» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Эрназаров Х.И., Эргашев У.Ю.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Более 25% больных с сахарным диабетом страдает синдромом диабетической стопы (СДС). Факторами риска развития являются СДС периферическая сенсомоторная и автономная нейропатия, хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей, наличие зон повышенного давления на стопу, травма, ограничение подвижности суставов, плохой контроль и длительность диабета, предшествующие язвы и/или ампутации, другие осложнения диабета, неправильно подобранная обувь, социально-психологические факторы, ортопедические проблемы, расовая принадлежность. Описанная ситуация обуславливает актуальность изучения патогенетических аспектов формирования хронических ран при сахарном диабете и потенциальных способов их лечения.

Цель исследования. Изучение влияния нового препарата «Реоманнисол» на биохимические показатели крови в комплексном лечении экспериментального синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования проведены на 140 белых беспородных крысах-самцах массой 220-250 г. Экспериментальные животные разделены на 3 группы: 1-я группа интактная; 2-я контрольная – на экспериментальной модели диабетической стопы применение традиционного комплексного лечения; 3-я группа опытная – на экспериментальной модели диабетической стопы – традиционное лечение и реоманнисол. После 24-часового голодания крысам внутрибрюшинно вводили раствор аллоксана 2% в дозе 12 мг на 100 г. Диабет был подтвержден через 3 дня. Концентрацию глюкозы в периферической крови измеряли глюкометром Accu Chek. День верификации сахарного диабета считали нулевым днем его развития. В день верификации на поверхности кожи правой задней лапы подушечки ступни создавали прямоугольную рану полной толщины размером 2 мм × 5 мм. Ежедневно, раны были обработаны традиционным методом лечения (5% спиртовой раствор йода и мазь «Левомеколь»), в опытной группе – традиционный метод лечения и внутрибрюшинно 1 раз в сутки на 5 дней в дозе 1 мл / 100 г. Количество выпитой крысами воды определяли путем измерения ее объема с помощью мерного цилиндра до и после приема воды животными. Для оценки суточных величин диуреза проводили индивидуальный сбор мочи с использованием мочесборников. Определение малонового диальдегида (МДА) с помощью тиобарбитуровой кислоты измеряли на спектрофотометре СФ-46. Крыс выводили из эксперимента декапитацией на 1-е, 3-е, 7-е, 10-е, 14-е сутки. Статистическая обработка выполнена параметрическим методом (программы SPSS 16.0 и Statistica 6.0 for Windows), достоверность различий оценивалась как статистически значимая при $p \leq 0,05$.

Результаты. Первые признаки диабета проявлялись в виде резкого увеличения потребления воды 70-80 мл, полифагии, полиурии, гипергликемии. При аллоксан-индуцированном сахарном диабете у животных в ходе эксперимента отмечались вялость, апатичность, малоактивность, потускнение и выпадение шерстяного покрова, потери в весе, помутнение зрачка и склеры, мелкоточечные эрозии в области хвоста и конечностей. Шерсть животных в норме имеет своеобразный блеск и обычно прилежит к кожному покрову. В динамическом наблюдении у крыс опытной группы к седьмым суткам начали улучшаться состояние животных и аппетит, стали активными, малоагрессивными,

увеличилась частота шерстяного покрова, язвы на поверхности кожи заживали, полиурия и полидипсия начали уменьшаться. У животных контрольной группы появился редкий груминг, но блеска шерсти не отмечалось, оставались агрессивными, язвы на поверхности кожи не заживали. К 10-м суткам у крыс из группы опытной восстановилась опрятность шерсти, исчезли эрозии в теле. У контрольной группы до конца эксперимента сохранялись апатия, вялость, сидели больше в углу клетки, при взятии в руки у животных сохранялась агрессия, груминг полностью не восстановился.

В условиях выбранной нами модели также было изучено состояние системы ПОЛ – МДА, т.к. данная система является ключевым звеном патогенеза сахарного диабета. На 1-й день эксперимента содержание малонового диальдегида было значимо выше в контрольной МДА-1,39±0,02; P≤0,001 и опытной МДА-1,35±0,02; P≤0,001 группах по сравнению с показателем у интактных крыс МДА-0,87±0,02, что указывает на образование большого количества продуктов перекисного окисления липидов, свидетельствующее о процессах разрушения клеточных мембран. Влияние ежедневного введения реоманнисола в дозе 1 мл/100 г (опытная группа) на интенсивность перекисного окисления липидов на 7-е сутки выражалось заметным снижением содержания МДА-1,02±0,01; P≤0,001 на 1,2 раза относительно контрольной группы МДА-1,27±0,01; P≤0,001. В конце эксперимента (14-е сутки) в группе, получавшей традиционное лечение (контрольная), у животных сохраняется высокий уровень МДА-1,17±0,01; P≤0,001, свидетельствующий о высоком содержании свободных радикалов в организме животных. У опытной группы отмечается стабильный спад уровня МДА и на 10-е, 14-е сутки фиксируется нормальный уровень МДА (соответственно 0,93±0,01; P≤0,05; 0,90±0,02).

Выявлено, что в начале эксперимента содержание МСМ в плазме (пл) крови и эритроцитах (эр) у животных контрольной группы (МСМ пл-6,1 усл.ед.±0,22; СМ эр-7,3 усл.ед. ±0,25; P≤0,001) и опытной группы (МСМ пл-6,1 усл.ед±0,17; СМ эр-7,0 усл.ед. ±0,16; P≤0,001) составило приблизительно в 1,7-2 раза выше показателей интактной группы (МСМ пл-3,6 усл.ед ±0,24; СМ эр-3,5 усл.ед.±0,21). К 7-м суткам показатели ЭИ составили у контрольной группы МСМ пл-6,1 усл.ед.±0,22; СМ эр-5,6±0,11 (P≤0,001), которые почти в 1,4 раза выше, чем показатели опытной группы МСМ пл-4,0±0,11; СМ эр-4,1±0,11. На 10-е сутки у контрольной группы МСМ пл-4,9±0,10; СМ эр-5,2±0,11 (P≤0,001), который почти в 1,3 раза выше, чем показателя опытной группы МСМ пл-3,7±0,14; СМ эр-3,7±0,12. К 14-м суткам у контрольной группы признаки ЭИ сохраняются, МСМ пл-4,2±0,11; СМ эр-4,2±0,10 (P≤0,001), которые почти в 1,2 раза выше, чем показатели опытной группы МСМ пл-3,5±0,18; СМ эр-3,2±0,17.

В 1-е сутки в контрольной олигопептиды в плазме 0,78г/л±0,06; эритроциты 1,16г/л±0,07; P≤0,001 (ОП пл и эр) и в опытной группах пл-0,77г/л±0,04; эр-1,12г/л±0,07; P≤0,001 составили, которые, также значительно превышало на почти на 1,7 раза, чем значение в группе относительно интактных животных ОП пл-0,45г/л±0,04; эр-0,68г/л±0,04. У опытной к 10-м суткам ОП пл-0,48±0,05; эр-0,72±0,05 и 14-м суткам ОП пл-0,45±0,04; эр-0,68±0,02 – фиксируют показатели, соответствующие интактной группе и нормализации патологического процесса в организме. В контрольной группе даже на 14-е сутки показатели ОП остаются повышенными (пл-0,52±0,03; эр-0,77±0,04) в среднем в 1,2 раза, чем у опытной группы, и состояние интоксикации сохраняется до конца

Вывод. Применение реоманнисола внутривентриально продемонстрировало резкий спад цифр ЭИ и к 10-м, 14-м суткам сходны с интактной группой, так как препарат выполняет «биохимическую санацию».

Комплексное применение местного традиционного метода лечения на рану и препарата «Реоманнисол» при экспериментальной диабетической стопе оказывает положительные эффекты, благодаря антиоксидантному, дезинтоксикационному действию препарата «Реоманнисол» происходит обезвреживание токсических радикалов в результате ПОЛ.

Список литературы.

1. Аметов А.С., Богданова Л.Н. Гипергликемия и глюкозотоксичность – ключевые факторы прогрессирования сахарного диабета 2-го типа // РМЖ. – 2010. – № 23. – С. 1416-1418. – http://www.rmj.ru/articles_7322.
2. Волчегорский И.А., Долгушин И.И., Колесников О.Л., Цейликман В.Э. Экспериментальное моделирование и лабораторная оценка адаптивных реакций организма. Челябинск: Издательство Челябинского государственного педагогического университета; 2000.
3. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н. Стандарты лечебно-диагностических мероприятий у больных диабетической остеоартропатией и гнойно-некротическими поражениями стоп // Сб. ст. конф. «Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии». – М., 2001. – С. 107-112.
4. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция. – М., Медицина, 1990. – С. 258.
5. Bennett W.L., Maruthur N.M., Singh S. et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations // *Ann. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 155, N 1. – P. 67-68.
6. Eidi M., Eidi A., Saeidi A. et al. Effect of coriander seed (*Coriandrum sativum* L.) ethanol extract on insulin release from pancreatic beta cells in streptozotocin-induced diabetic rats // *Phytother. Res.* – 2009. – Vol. 23. – P. 404-406.
7. Guillemin, Y., Le Broc, D., Ségalen, C., Kurkdjian, E., and Gouze, J.N. 2016. Efficacy of a collagen-based dressing in an animal model of delayed wound healing. *J. Wound Care* 25: 406-413. [medline] [CrossRef]

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ: АГРЕССИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ИЛИ ЗАКОНОМЕРНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Лесная О.А., Мансур Т.И., Конопля Е.Н., Лесная Н.П.

Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

Идея инклюзии, внедренная в устоявшуюся систему российского образования, коренным образом меняет не только методологический подход, но и психологию восприятия людей с ОВЗ как участников образовательного процесса в частности, и как членов современного общества в целом.

Говоря об инклюзивном образовании, мы подразумеваем такую организацию процесса обучения, когда все дети независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей включены в образовательный процесс и обучаются вместе со своими сверстниками без инвалидности в одних и тех же учебных заведениях, но которые учитывают их особые образовательные потребности и оказывают своим ученикам необходимую специальную поддержку [1].

По сути дела, внедрение инклюзивного образования стало толчком к появлению своего рода новой школы (как общеобразовательной, так и средней специальной, и высшей), что поставило перед всеми членами общества задачу изменения привычных, складывавшихся десятилетиями представлений о формах и содержании обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Формирование такой новой школы не предполагает отказа от сложившейся системы образования, но дает толчок к поиску новых путей для того, чтобы дети с ограниченными возможностями здоровья смогли реализовать свое право обучаться наравне со своими сверстниками и в условиях, учитывающих их особые образовательные потребности [1].

История развития образования людей с инвалидностью в мире сравнительно коротка. Так, например, есть сведения об открытии первой в мире школы для глухонемых детей в 1755 году в Германии, в 1764 году Томас Брайдвуд основывает школу для глухонемых детей в Великобритании, а в 1832 году школа для слепых «Перкинс» в Бостоне открывает свои двери для двух первых учеников. В 1864 указом президента Авраама Линкольна школе-интернату для глухонемых в Колумбии присвоен статус колледжа, что стало первой ступенью на пути людей с ОВЗ к возможностям получать высшее образование [2].

Несомненно, что ключевые изменения произошли в XX веке, когда были приняты первые основополагающие документы, регламентирующие положение людей с инвалидностью в обществе. Это и Всеобщая декларация прав человека (1948), и Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971), и Декларация о правах инвалидов (1975), и Конвенция о правах ребенка (1989), и Стандартные правила обеспечения равных возможностей для людей с инвалидностью (1993), и, наконец, Саламанкская Декларация 1994 года «О принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями», что стало первым документом, заложившим основы и принципы инклюзивного образования в мире.

XXI век ознаменовался подписанием в 2006 г. первого всеобъемлющего договора в области прав человека XXI столетия, а именно Конвенции ООН о правах инвалидов, принятой резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года и закрепляющей основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью. Конвенция была ратифицирована Российской Федерацией в 2012 г.

Подписание Конвенции о правах инвалидов ознаменовало не только изменение правовых норм, но и окончательную смену исключительно медицинской парадигмы в

отношении инвалидности, когда инвалидность определяется как нарушение здоровья, а значит, и ограничивает поддержку людям медико-социальной помощью, на социальную, когда признается, что человек является инвалидом не только в силу имеющихся у него ограничений, но и по причине тех барьеров, которые существуют в обществе, а значит, обществу необходимо преодолеть негативные установки в отношении инвалидности, изжить их и предоставить людям с инвалидностью равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни, в том числе и в образовании [1].

Сегодня более чем в 40 странах мира используются инклюзивные образовательные методики. В Германии, Норвегии, Франции, Испании, США, Канаде и ряде других развитых стран уже более 20 лет реализуются методики инклюзивного образования [3]. Так, например, в Испании дети-инвалиды всегда обучались в общеобразовательных школах, а значит, и поток желающих продолжить образование в высших учебных заведениях остается высоким каждый год; в Норвегии после реформы образования 1994 года были закрыты все коррекционные школы, а все общеобразовательные школы стали инклюзивными, что повышает процент абитуриентов с инвалидностью. Тем не менее внедрение инклюзии в системы образования разных стран до сих пор вызывает острые споры и дискуссии.

В 2010 г. Российский союз ректоров (РСР) провел в 214 вузах опрос «Студенты-инвалиды в российских вузах». Лишь 3% вузов указали на настороженное отношение к студентам-инвалидам у преподавателей и только 1% опрошенных вузов отметил наличие такого настороженного отношения к студентам-инвалидам со стороны отдельных студентов. Круг востребованных специальностей оказался гораздо шире традиционных представлений. РСР отмечает, что инвалиды обучаются по всем укрупненным группам специальностей. Однако наиболее популярны среди них такие специальности, как «экономика и управление», «здравоохранение», «образование и педагогика»: доля студентов инвалидов, обучающихся по этим специальностям, превышает 55% от общего числа студентов-инвалидов, о которых были получены данные в ходе анкетирования (Межвузовское исследование «Студенты-инвалиды в российских вузах», Российский союз ректоров. Москва. 2010).

На 01.04.19 г. в Российской Федерации зарегистрировано 670 000 детей инвалидов, что на 110 000 больше, чем в 2012 г. На 09.04.16 по данным Росстата, 24 633 инвалида прошли обучение и получили образование, из них 8 068 человек в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг. Это 1,2% от численности обученных лиц по соответствующему виду экономической деятельности. На данный момент в 46 вузах Минздрава обучается 220 тыс. студентов, из них 2 515 инвалидов.

В 2017/18 учебном году на программы высшего образования были зачислены 6 881 студент-инвалид, а в 2018/2019 учебном году – уже 7 487 человек; на программы среднего профессионального образования – 8 287 инвалидов в 2017/2018 гг. и 8 913 в 2018-2019 гг. Для сравнения: до этого в среднем ежегодно с 2008 года в вузы поступали 5,9 тыс. инвалидов, в средние специальные учебные заведения – 5,3 тыс. инвалидов. Десять лет назад в высшие учебные заведения поступило на тысячу человек меньше, а количество, которое стремилось получить в тот учебный год специальное образование, было ниже на три тысячи.

Численность студентов с инвалидностью в 2018-2019 гг. составила 22 893 человека, а специалистов выпущено 3 525 человек.

Из общей численности студентов, обучающихся в 2018 г. по очной форме обучения по программам бакалавриата, специалитета и магистратуры, численность студентов с ОВЗ, инвалидов и детей-инвалидов составила 20,2 тыс. человек, что на 3,2% больше численности данной категории студентов, обучавшихся в 2017 году. Обучение

студентов с ОВЗ и инвалидов по адаптированным образовательным программам в 2018 г. проводилось для 10,0% обучающихся (2017 г. – 9,4%) [6].

Лидирующими направлениями подготовки студентов с ОВЗ в 2017-2018-2109 гг. являются экономика, юриспруденция и педагогика [4].

Наибольший показатель численности студентов с инвалидностью представлен в системе высшего образования США – 6,75%, Великобритании – 5,67% и Германии – 5,47%, наименьший в Италии – 0,47% и Бельгии – 0,2% [5].

Процент студентов-инвалидов медицинских школ Австралии остается низким (2%), особенно в сравнении с процентом студентов-инвалидов других вузов. Согласно опросу 207 жителей страны, не имеющих инвалидности, оказалось, что 74,7% из них согласились, что инвалидов следует поощрять изучать медицину, 79,7% считают, что людей с инвалидностью следует принимать в медицинские вузы, а 81,4% уверены, что инвалидность может стать преимуществом в медицинской профессии. Таким образом, данное исследование показало, что австралийское общество поддерживает инклюзию людей с инвалидностью как студентов медицинских школ и практикующих врачей [6].

Указанные данные говорят о том, что доля студентов с ОВЗ в высших учебных заведениях России и мира остается достаточно высокой, и есть основания полагать, что процент таких студентов будет расти. По мнению ученых, занимающихся проблемой инклюзии, основными аспектами проблематики обучения студентов с ОВЗ становятся проблемы академической успеваемости, повседневного обустройства студентов, анализ жизненного опыта учащихся с разными формами инвалидности, вопросы социальной идентичности студентов, барьеры социального характера, особенности подготовки педагогических кадров и вспомогательного персонала вузов [7]. Эти проблемы актуальны не только для Российской Федерации, но и для всех стран, которые включились в решение проблемы инклюзии.

Исследование, проведенное в США в 2016 гг., изучало доступность технических стандартов в медицинских школах и их соответствие Закону об американцах-инвалидах (Americans with Disabilities Act, ADA). Оказалось, что технические стандарты были доступны в 93% медицинских школ, но только 84% из них сообщали об этом на своих сайтах. Только 33% медицинских школ были приспособлены для студентов-инвалидов, 4% школ не могли предоставить никакой поддержки студенту-инвалиду. Примерно 40% имели возможность предоставить дополнительную помощь, но менее 10% могли позволить иметь специальный вспомогательный персонал. Таким образом, авторы делают вывод о том, что большинство технических стандартов медицинских школ не обеспечивают достаточной поддержки студентам-инвалидам [8].

Другое американское исследование 2016 года [9] показало, что, несмотря на имеющиеся ассистивные технологии и адаптивное оборудование, в американских медицинских школах достаточно слабо представлены студенты с расстройствами чувственного восприятия и инвалидностью вследствие соматических заболеваний. Доля таких студентов в американских медицинских школах не превышает 1%, а доля врачей с такими нарушениями здоровья составляет 2-10%. Авторы делают вывод, что медицинским школам следует фокусироваться не на том, что студент не может делать, а на том, что он может сделать. Тем самым такие студенты расширят медицинское сообщество и улучшат возможности оказания помощи всевозрастающей популяции людей с ОВЗ.

Поскольку в рамках инклюзивного образования студенты с ОВЗ оказываются в среде молодых людей без каких-либо проблем со здоровьем, интересны исследования, касающиеся взаимоотношений в студенческом сообществе. Так среди 1766 студентов одного из университетов Турции был проведен опрос об отношении здоровых студентов к

студентам-инвалидам и об их мнении в отношении типов дискриминации, с которыми сталкиваются студенты-инвалиды. Оказалось, что 62,6% респондентов согласились, что в Турции люди с инвалидностью подвергаются большей дискриминации, чем другие члены общества. Но, тем не менее, почти 50% студентов считают, что степень этой дискриминации стала меньше за последние 10 лет. Большинство студентов не знали, что согласно турецким законам дискриминация инвалидов является преступлением. По шкале ATDP (Attitude Towards Disabled Persons Scale, Шкала оценки отношения к людям с инвалидностью) большинство студентов получили средние баллы, что говорит о положительном настрое в отношении людей с ОВЗ. Более высокие баллы, что говорит о более положительном отношении, имели студенты мужского пола, студенты с низкими доходами и студенты из сельской местности [10]. Таким образом, работу по внедрению инклюзии следует проводить не только среди преподавателей, но и среди студентов, повышая уровень общей образованности по данному вопросу и меняя сложившиеся стереотипы.

Британское исследование по дискриминации, притеснениям и умалчиванию дискриминационных ситуаций (Discrimination, harassment and non-reporting in UK medical education Study), проведенное в одной из медицинских школ, выявило, что из 259 студентов, принявших участие в исследовании, 98,7% по крайней мере единожды испытали на себе или стали свидетелями дискриминации или притеснения. Чаще всего студенты сталкивались с проблемой стереотипного отношения к ним (43%), и наиболее часто этому подвергались именно студенты-инвалиды [11].

Интересное исследование было проведено канадскими учеными среди канадских студентов-медиков, имеющих инвалидность, и было направлено на изучение их восприятия процесса обучения с точки зрения пациента и обучающегося. Роли «хороший студент» и «хороший пациент» подразумевают прямо- противоположные характеристики, что наглядно демонстрирует, как высшие учебные заведения явно и скрыто ограничивают понятие благополучия исключительно академической успеваемостью. И хотя студенты-инвалиды имеют мало возможностей осветить свой опыт в роли пациента в рамках стандартного коллоквиума, их опыт в обеих ролях ведет к улучшению коммуникации, заступничества и сопереживания [12]. Несомненно, что опыт студентов-инвалидов в качестве обучающегося и в качестве пациента может быть использован для улучшения образовательного процесса в медицинском вузе.

Американское исследование 2018 года отмечает, что отделения неотложной помощи часто сталкиваются с проблемой оказания помощи глухим и слабослышащим пациентам. Доля студентов-инвалидов среди поступающих в медицинские вузы неуклонно возрастает, а среди них возрастает и доля слабослышащих студентов, но такие студенты имеют ряд ограничений в выборе специальности, например, их не допускают в отделения неотложной помощи. Авторы исследования приводят собственный опыт работы слабослышащих студентов в отделении неотложной помощи в госпитале первого уровня в рамках академической ротации, когда слабослышащие студенты помогали в преодолении коммуникативных барьеров в общении со слабослышащими пациентами, а также оказались более адаптированы к работе с пациентами, которые имели иные барьеры в общении [13].

В исследовании греческих авторов было показано, что большой процент выпускников медицинских вузов имеет негативное отношение к людям с физическими и интеллектуальными нарушениями, что приведет к низкой вовлеченности в процесс оказания помощи таким пациентам [14]. Это говорит о необходимости внедрения специальных образовательных программ как вузовского, так и послевузовского

образования для повышения уровня просвещенности студентов в вопросах инвалидности.

В статье Parchomiuk M. представлены результаты исследования корреляции между ценностными предпочтениями и отношением к инвалидам. В исследовании приняли участие 580 респондентов, из которых 300 были учителями-дефектологами и 280 преподавателей общего профиля. Оказалось, что выраженная корреляция между отношением к инвалидам и ценностными предпочтениями была обнаружена только в группе учителей-дефектологов и исключительно в отношении жизненных ценностей. Это говорит о неготовности преподавателей общего профиля к работе со студентами-инвалидами [15].

Участники другого исследования, проведенного в вузах Эфиопии [16], говорят о недостаточном внимании к проблеме инвалидности в вузах и недостаточной ее приоритизации.

Для сравнения Блинов Л. и соавт. провели в 2018 г. исследование по изучению психологической и педагогической поддержки инклюзии в высшей школе РФ. Основные проблемы, которые выявили ученые, – это: 1) философско-мировоззренческие, когда преподаватели не понимают самой сути инклюзивного подхода, его философии и ключевых отличий инклюзии от традиционной формы обучения; оказалось, что 19,2% педагогов считают студента-инвалида неспособным или малоспособным следовать программам высшего образования; 2) проектно-технологические, связанные с недостаточным опытом создания и проектирования обучающих материалов в контексте инклюзии для совместного обучения здоровых студентов и студентов с ОВЗ; 3) психолого-педагогические, связанные с недостаточной психологической и педагогической компетенцией; так, 53,3% респондентов-преподавателей признают, что недостаточно хорошо знакомы с физическими и умственными способностями студентов с ОВЗ и не знают специальных методов работы со студентами с нарушениями слуха, зрения, речи, комбинированными дефектами (81,6%) [17].

Ruprag и соавт. указывают на недостаточное понимание уникальной роли и уровня подготовки преподавателей, работающих со студентами-инвалидами, что влияет на качество образования студентов с ОВЗ. Проведение анкетирования преподавателей, работающих со студентами с ОВЗ, и студентов-инвалидов выявило четыре основных навыка, которыми должен владеть преподаватель. Это заступничество, систематическое инструктирование и образование, индивидуализация и адаптация и коллегиальность взаимоотношений. Четыре основных качества, которые должен проявлять преподаватель, – это высокий уровень ожиданий, позитивность, гибкость и креативность, постоянное самосовершенствование [18].

Интересные данные были получены Galaterou и соавт [19]. И хотя исследование проводилось среди преподавателей начальных и средних школ городской и сельской местности в Греции, эти данные можно до некоторой степени экстраполировать и на преподавателей высшей школы. Так оказалось, что учителя демонстрировали минимум положительного отношения к инклюзии, что коррелировало с возрастом преподавателя. Так учителя более молодого возраста выражали больше позитива по сравнению с более пожилыми коллегами. Различий между мужчинами и женщинами выявлено не было. Кроме того, учителя отмечали более высокий уровень стресса при работе с детьми-инвалидами. Закономерно отношение учителей к инклюзии коррелировало с уровнем профессионального стресса, т.е. менее позитивное отношение к инклюзии было связано с более высоким уровнем профессионального стресса.

В другом исследовании изучалась субъективная оценка учителей-дефектологов их готовности применять на практике рекомендованные методики работы со студентами-

инвалидами. В целом респонденты сообщали о более высокой оценке готовности вести образовательные программы, чем обеспечивать непосредственное обслуживание студентов-инвалидов. Преподаватели без степени были менее подготовлены обеспечивать медицинские, коммуникационные и воспитательные меры студентов-инвалидов. Преподаватели с магистерской степенью чувствовали себя более подготовленными по нескольким ключевым моментам к работе со студентами-инвалидами, хотя они чувствовали себя менее подготовленными к длительной разработке учебных материалов. Таким образом, готовность к работе со студентами-инвалидами варьирует в зависимости от ученой степени преподавателя, различного уровня образования и опыта работы [20].

К сожалению, гораздо более остро стоит вопрос постдипломного медицинского образования студентов с ОВЗ, так как мало где могут быть предоставлены адекватные условия для дальнейшего обучения выпускника и, кроме того, практически нигде в медицинских вузах нет подходящих программ ординатуры и аспирантуры для поступающих с ОВЗ. Более того, на данный момент не существует программ содействия трудоустройству молодых медицинских специалистов с ОВЗ.

В заключение следует отметить, что успешность инклюзии студента с ОВЗ, выражаемая самодостаточностью, академической успеваемостью и будущим вкладом в общество, может быть не достигнута, если студенту с особыми потребностями не будет предоставлена дополнительная помощь. Достижение инклюзии и преодоление дискриминации и стереотипов не сводится только лишь к предоставлению права на образование и возможность обучаться в общих школах, вузах, колледжах. Неотъемлемым компонентом инклюзии является и создание безбарьерной среды, и развитие программ поддерживаемого трудоустройства, и работа с общественным мнением. А для реализации поставленных задач необходимо, помимо обязательных государственных мер по социализации инвалидов, проводить углубленную работу с профессорско-преподавательским составом вузов для повышения компетенции преподавателей путем специальных тренингов и профессионального развития; оптимизировать учебный процесс путем уменьшения численности обучающихся в группах, коррекции времени, отведенного для коллоквиумов и лекций, создания условий для индивидуальной работы со студентами и т.д., а также разработки послевузовских программ обучения и содействия трудоустройству, и, кроме того, проводить активную просветительскую работу среди студентов.

Список литературы.

1. Инклюзивное образование в России. – Москва : Перспектива, 2011. – Режим доступа: <http://perspektivainva.ru/userfiles/education/publication/incliuzivnoe-obrazovanie-v-rossii.pdf>
2. Гуркина О.А., Новикова Е.М. Зарубежный опыт социальной и образовательной инклюзии людей с ОВЗ на примере исследования высшего образования // Современная зарубежная психология, № 1. – 2014. – С. 6-14.
3. Курмышева Л.К. Инклюзивное образование: зарубежный опыт. Сибирский педагогический журнал № 9. – 2012. – С. 221-224.
4. Медведева Е.Ю., Двуреченская О.Н. Мониторинг процесса и результатов инклюзивного высшего образования в России. «Вестник Мининского университета», 2016. – № 3.
5. Богинская Ю.В. Современное состояние высшего образования студентов с инвалидностью в вузах Европы и США // Интернет-журнал «Мир науки» 2016, Том 4, номер 4. – <http://mir-nauki.com/PDF/35PDMN416.pdf> (доступ свободный).

6. Карпушкина Н.В., Ольхина Е.А. Анализ моделей сопровождения инклюзивного высшего образования в странах Западной Европы. «Вестник Мининского университета», 2016 – № 4.
7. Lise Mogensen, Wendy Hu “A doctor who really knows ...”: a survey of community perspectives on medical students and practitioners with disability. Mogensen and Hu BMC Medical Education (2019) 19:288.
8. Zazove P, Case B., Moreland C., Plegue M.A., Hoekstra A., Ouellette A., Sen A., Fetters M.D. U.S. Medical Schools' Compliance With the Americans With Disabilities Act: Findings From a National Study. Acad Med. 2016 Jul;91(7):979-86. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001087.
9. Michael McKee, Ben Case, Maureen Fausone, Philip Zazove, Alicia Ouellette, Michael D. Fetters Medical Schools' Willingness to Accommodate Medical Students with Sensory and Physical Disabilities: Ethical Foundations of a Functional Challenge to “Organic” Technical Standards. AMA Journal of Ethics. October 2016, Volume 18, Number 10: 993-1002
10. Girli A., Sari H.Y., Kirkim G., Narin S. University students' attitudes towards disability and their views on discrimination International Journal Of Developmental Disabilities Том: 62 Выпуск: 2 Стр.: 98-107 DOI: 10.1179/2047387715Y.0000000008.
11. Broad J., Matheson M., Verrall F., Taylor A.K. et al. Discrimination, harassment and non-reporting in UK medical education. Med Educ. 2018 Apr;52(4):414-426. DOI: 10.1111/medu.13529.
12. Stergiopoulos E, Fernando O., Martimianakis M.A. “Being on Both Sides”: Canadian Medical Students' Experiences With Disability, the Hidden Curriculum, and Professional Identity Construction. Acad Med. 2018 Oct;93(10):1550-1559. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002300.
13. Lisa M. Meeks, Alina Engelman, Alicia Booth, Michael Argenyi. Deaf and Hard-of-Hearing Learners in Emergency Medicine. West J Emerg Med. 2018 Nov; 19(6): 1014–1018. Published online 2018 Oct 10. DOI: 10.5811/westjem.2018.8.38550.
14. Kritsotakis G, Galanis P, Papastefanakis E, Meidani F, Philalithis AE, Kalokairinou A, Sourtzi P. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. J Clin Nurs. 2017 Dec; 26(23-24):4951-4963. DOI: 10.1111/jocn.13988. Epub 2017 Oct 13.
15. Monika Parchomiuk (2015) Value Preferences of Teachers and their Attitudes towards Individuals with Disabilities, International Journal of Disability, Development and Education, 62:3, 276-287, DOI: 10.1080/1034912X.2015.1020919.
16. Abebe Yehualawork Malle, Raija Pirttimaa, Timo Saloviita Policy–practice gap in participation of students with disabilities in the education and training programme of Ethiopia: policy content analysis. Support For Learning, Pages: 121-133.
17. Blinov V., Blinova N., Makarova I., Shafranova O. et al. Psychological and Pedagogical Support of Inclusion in Higher School as an Aspect of Supplementary Professional Education of Academic Staff International Journal of Special Education. Vol. 33, No. 3, 2018, p 592-615.
18. Ruppert A.L., Roberts C.A., Olson, A.J. Perceptions About Expert Teaching for Students With Severe Disabilities Among Teachers Identified as Experts Research And Practice For Persons With Severe Disabilities. Том: 42 Выпуск: 2 стр.: 121-135 DOI: 10.1177/1540796917697311.
19. Galaterou J., Antoniou A.S. Teachers' Attitudes towards Inclusive Education: The Role of Job Stressors and Demographic Parameters International Journal Of Special Education Том: 32 Выпуск: 4 Стр.: 643-658.
20. Olson A., Leko, M.M., Roberts C.A Providing Students With Severe Disabilities Access to the General Education Curriculum Research And Practice For Persons With Severe Disabilities Том: 41 Выпуск: 3, стр.: 143-157 DOI: 10.1177/1540796916651975

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ – ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Щукина Е.В., Малеева М.В., Абрамова А.Е., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Пропедевтика внутренних болезней, это самый первый, вводный курс в изучение клинической медицины. Это предмет, на котором учат будущих врачей, как распознавать признаки болезни, первым методам диагностирования болезней. Пропедевтика – это первая дисциплина, которая знакомит студентов с семиотикой, учит основам частной патологии. Эта дисциплина способствует развитию у студентов клинического мышления, нахождению взаимосвязей между различными симптомами и синдромами, найти этиологический фактор заболевания. Пропедевтика учит основам деонтологии – первенству больного, необходимости тщательного сбора анамнеза, стремлению к выявлению первопричины заболевания, разумному использованию современных методов диагностики [3]. Это первый предмет, который знакомит студента с работой с людьми, учит правильному построению диалогов с пациентом, общему осмотру, проведению физикальных методов диагностики, правильному построению доверительных отношений между врачом и пациентом. Пропедевтика учит студента применять полученные теоретические знания на практике, правильной интерпретации инструментальных методов исследования.

Применение дистанционных технологий в обучении студентов медиков происходит для соответствия обучения мировым трендам, обусловленных особенностями национальной культуры. Дистанционное образование в российских университетах отстает от мирового уровня, что во многом связано с отсутствием системного подхода к обучению в этой сфере. Высшее образование сильно ограничено в применении дистанционных методов обучения, потому что необходимо формирование практических навыков, которые невозможны в данном формате. Исходя из этого, применение дистанционных технологий возможно только для последипломного обучения в системе непрерывного медицинского образования. Главной особенностью деятельности врача является личное общение с пациентом [4]. Это общение важно не только для оценки эмоционального состояния больного, но и для физического обследования мануального и инструментального в период терапии. Многие преподаватели считают, что личное общение пациентов и студентов ничем нельзя заменить, невозможно воспроизвести в формате дистанционного обучения.

К плюсам дистанционного обучения студентов медиков можно отнести: снижение времени на место обучения, меньше экономических затрат, возможность обучения в любое время, возможность повторного обращения к пройденному материалу при необходимости, возможность ознакомления с более актуальной учебной литературой, наиболее прозрачный учебный процесс, доступность наглядного подтверждения своей успеваемости. На удаленной форме обучения многие студенты улучшают свой образ жизни – они могут высыпаться, что, несомненно, способствует лучшему усвоению учебного материала. Также к формату дистанционного обучения можно отнести симуляционные центры [1]. В таких центрах студенты могут потренироваться оказывать первую помощь, проводить сердечно-легочную реанимацию, научиться диагностировать различные заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем на примере ситуационных задач. Все это несомненно помогает студентам в работе в экстремальных ситуациях без риска здоровья для настоящих пациентов. Нельзя не упомянуть о том, что дистанционный формат лекций наиболее благоприятно сказался на учебном процессе. Лекции, записанные на видео, к которым можно будет обратиться в любой момент

времени и которые содержат пояснения преподавателей и отдельно отснятый практический материал.

К минусам дистанционного обучения можно отнести: сложность определения личности обучающегося в выполняемых им работах, утрата высокой мотивации к обучению, отсутствие связи между преподавателем и студентом в реальном времени [2]. Однако дистанционное обучение было «спасением» в период пандемии и показало возможную альтернативу для обучения большинству студентов. Многие студенты смогли совместить на этот период работу и учебу. Но необходимо понимать, что выпускать из медицинского университета теоретика невозможно и именно это делает невозможным переход медицинского вуза на заочный формат обучения.

Анализируя все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что дистанционное обучение имеет как плюсы, так и минусы. Наиболее благоприятным форматом обучения будет совместное использование дистанционных технологий и очных занятий. У многих студентов нагрузка во время дистанционного обучения не снизилась, а даже увеличилась. Но некоторые отметили увеличение свободного времени от занятий, в которое можно заниматься либо дополнительной научной деятельностью, либо использовать его для любого другого хобби. Также большинство студентов отметили большую нехватку практических навыков, недостаточное усвоение учебного материала без очного контроля преподавателя, сложности в написании истории болезни без опыта общения с реальными пациентами. Очевидно, что полная замена практических навыков и живого общения с пациентами видеоматериалами невозможна.

Список литературы.

1. Тихомирова, А.А. Образовательные технологии в образовательном процессе медицинского вуза / А.А. Тихомирова // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4. – № 5. – С. 540-541.
2. Маслова, Н.Н. Проблемы дистанционного обучения в медицинском вузе на примере преподавания неврологии / Н.Н. Маслова, В.В. Сергеев, Н.Г. Майорова, Н.В. Юрьева, Е.А. Кислякова, Е.И. Хамцова, А.А. Литвинова, К.А. Камышникова, М.А. Милосердов, П.С. Ковалёв, В.Е. Никитенкова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 4. – С. 98-101.
3. Аникина, В.В. Образ жизни студентов медицинского вуза при очной и дистанционной форме обучения / В.В. Аникина, Я.О. Тупотилова // Forcipe. – 2021. – Т. 4. – № 51. – С. 203-204.
4. Арутюнян, Н.А. Возможности дистанционного обучения студентов медицинских вузов морфологическим дисциплинам / Н.А. Арутюнян, Л.М. Бараева, С.П. Павлов // Инновации в образовании. – 2021. – С. 24-26.

ФОРМАТ ДИСТАНЦИОННЫХ ЛЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Малеева М.В., Абрамова А.Е., Щукина Е.В., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Главными критериями, которые определяют качество образования обучающихся, являются: квалификация преподавательских кадров в составе университета; уровень информационно-методического материала для подготовки к занятиям; мотивация и заинтересованность студентов к процессу обучения; востребованность квалифицированных выпускников на рынке труда; методика преподнесения необходимой информации в виде лекционного материала. Несомненно, все перечисленные критерии находятся в единой системе взаимодействия. Одним из ведущих факторов в учебном процессе являются лекции [1].

Лекция – систематизированное изложение учебного материала для студентов. Она способствует развитию концентрации внимания обучающихся на более сложных вопросах, которые требуют детального разбора. Она заставляет смотреть на, казалось бы простые вопросы под другим углом, открывая новые решения задач. Лекция развивает творческий потенциал у студентов [3]. Посещение лекций помогает в социализации многим обучающимся. Немаловажным является то, когда у студентов возникает вопрос, они тут же могут обратиться к лектору за помощью и разъяснением. Анализируя полученные факты, напрашивается вывод, что лекция является важной структурой образования обучающихся.

Лекционный материал имеет множество важных функций для участия в образовательной системе. Но сама лекция должна соответствовать определенному набору критериев: иметь теоретическую основу, которая подтверждена практически, содержать яркие примеры, актуальные вопросы для обсуждения, иметь практическую значимость, вызывать интерес у публики и использовать при прочтении современные технические средства, в то же время не быть перегруженной лишними малозначительными фактами [6].

Лектор, который читает лекцию, должен не только владеть информацией, которую он преподносит студентам, но и должен уметь заинтересовать аудиторию актуальностью выбранной проблемы [4]. Говоря о том, что лекция представляет собой качественно обработанный информационный материал по определенному вопросу, почему же студенты не могут сами найти информацию в Интернете и ознакомиться с ней? Без должной мотивации, которую в студентов внушает лектор, самостоятельное изучение лекций становится бесполезным.

При всей серьезности обучения преподаватель не должен забывать, что студентам необходим отдых. Эмоциональная разгрузка с повторением смешных стихотворений, скороговорок. Физическая зарядка для поддержания интереса и внимания у учеников. Лектор должен обладать и чувством юмора, на некорректные вопросы отвечать, не вызывая насмешки у студентов, а долю юмора.

На данный момент присутствие на лекции является почти во всех медицинских университетах обязательным критерием для аттестации. Но надо ли вообще заставлять студентов посещать лекции? Во многих вузах действует политика, что студент – это взрослый гражданин, который сам вправе выбирать – какие лекции будут для него интересны и востребованы. Ведь главная цель медицинского университета – научить решать проблемы человеческого организма и привить любовь к своей будущей специальности [5].

Вопросы, которые касаются структуры лекционного материала и самой организации, возникали еще в 1979-1980 годах. В Иркутском государственном

медицинском университете шло обсуждение животрепещущей темы «Лекция, какой ей быть». Как мы можем заметить, данная тема для обсуждения является до сих пор актуальной.

В период разгара новой коронавирусной инфекции COVID-19 обучение перешло в дистанционный формат. Практические занятия транслировались через платформу ZOOM, студенты медицинских вузов отработывали практические навыки на домашних животных и игрушках. Лекции продолжались читать в формате online с применением дистанционных технологий. Это были необходимые меры для защиты от распространения коронавирусной инфекции [2].

Прошло время, разработали вакцину, которая снижает заболеваемость вирусом, и студенты вернулись на очное обучение. Формат дистанционных лекций ушел на второй план, формат вернулся к очным.

Был проведен опрос студентов медицинского университета, в котором приняли участие 50 учащихся в возрасте 20-22 года.

Большинство студентов 90% (45 человек) считают формат очных лекций нецелесообразным. В защиту своего мнения они приводят аргументы – много времени занимает дорога до университета и обратно, большое количество студентов в аудитории, что повышает риск заразиться вирусным заболеванием, неудобство во времени проведения лекций, недостаточная слышимость преподавателя в аудитории, неудобство в повторении материала после лекции. Плюсы в пользу лекций в дистанционном формате: возможность просмотра в повторе для уточнения какой-либо информации, экономия времени при подключении. Минусы дистанционных лекций: невовлеченность аудитории, отсутствие непосредственного контакта между студентом и преподавателем, некоторые преподаватели имеют сложность в подключении дистанционных лекций из-за недостаточной подготовки к работе с техникой. Но данная проблема решается довольно легко, на помощь преподавателям могут прийти их же студенты. Обучающиеся могут организовать курсы по работе с новыми технологиями и на практических занятиях показать все необходимые манипуляции.

Как выяснилось, ведущее звено в образовательной программе занимают лекции. Но в современном обществе, где происходит расцвет технологической сферы важно не отставать от прогресса и приветствовать нововведения. Дистанционные лекции в медицинском университете разумны с целью экономии времени, но немаловажным считается содержательность лекций. Для будущих специалистов медицинской отрасли важно понимать клинические случаи, с которыми они могут столкнуться. Мы считаем, что очные лекции необходимо дополнять дистанционным форматом для полноты образования.

Список литературы.

1. Дудина, М.Н. Дидактика высшей школы: от традиций к инновациям: Учебное пособие для вузов / М.Н. Дудина // М. : Юрайт, 2016. – 151 с.
2. Зайкова, З.А., Ненахова, Е.В. О традиционных и нетрадиционных типах лекций по дисциплине «Гигиена»/ З.А. Зайкова, Е.В. Ненахова // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2016. – Вып. 5. – С. 74-77.
3. Особенности восприятия информации современными российскими студентами / Г.И. Карпушкина, И.Ю. Ляпина, К.С. Дьякова, Р.Ф. Соколова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 6 (ч. 1).
4. Секреты успеха дистанционного обучения / Ю.Д. Семенихина, В.Г. Галкин, Ю.Н. Харламова, С.Э. Кострыкина // Всерос. науч.- практ. конф. с междун. уч. «Педагогика и психология: перспективы развития» (18 сент. 2020, г. Чебоксары). – Чебоксары: «Интерактив плюс», 2020. – С. 23-26.

5. Тармаева И.Ю., Белых А.И., Боева А.В. Методика активного обучения на лекции // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2015. – Вып. 4. – С.127-130.

6. Халиков, А.А. Анализ методов дистанционного обучения и внедрения дистанционного обучения в образовательных учреждениях / А.А. Халиков, К.А. Мусамедова, О.А. Ибрагимова // Вестник научных конференций. – 2017. – № 3. – С. 171-173.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКО–ОРИЕНТИРОВАННОГО МЕТОДА ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В РАМКАХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Дубинина М.С., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Принцип практической направленности образования – один из основных дидактических принципов педагогики, в частности в высшей медицинской школе. Реализация этого принципа в условиях университетского образования возможна во многих направлениях: работа с макетами и тренажерами, общение с пациентами, изучение истории болезни, результатов объективных исследований, решение ситуационных задач для формирования клинического мышления, и подтверждает свою эффективность.

Однако 19 марта 2020 года все образовательные организации Российской Федерации, в том числе медицинские, перешли на дистанционный формат обучения из-за тяжелой эпидемиологической обстановки [1, 2]. По сей день в стране реализуется такой формат обучения, где в различных регионах, в том числе в Курской области, вновь рекомендовано дистанционное обучение.

В связи с этим современный образовательный процесс немыслим без использования компьютерных технологий, электронных образовательных платформ и их ресурсов. В Курском государственном медицинском университете образовательный процесс поддерживается за счет платформы «Цифровой КГМУ», а также платформы Zoom.

Несмотря на эффективность применяемых методов [3] дистанционного обучения в КГМУ, о чем свидетельствуют результаты промежуточной аттестации, очень актуальным вопросом является возможность и качество получения студентами практических навыков в условиях удаленного образовательного процесса.

Научная проблема в данном контексте заключается в поиске и использовании методов обучения, которые способствовали бы развитию умения у студентов ориентироваться и действовать в разнообразных условиях реальной профессиональной деятельности.

Цель работы: провести оценку эффективности использования практико-ориентированного метода преподавания пропедевтики внутренних болезней в условиях дистанционного обучения с применением статистического анализа.

Работа проводилась на кафедре пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета. Источником базы данных о клинических случаях для ситуационных задач стало терапевтическое отделение ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» города Курска».

Основой практико-ориентированного метода являются разработанные на кафедре пропедевтики внутренних болезней ситуационные задачи и клинические сценарии, особенность которых заключается в неоднозначности освещаемых в них симптомов, симптомокомплексов и синдромов, результатов объективных и субъективных исследований, описываемых пациентами жалоб. Такие ситуационные задачи были сформированы, не только лишь из имеющихся теоретических данных о той или иной форме патологии, а на основании историй болезней и клинических случаев, встречающихся в реальной медицинской практике.

В ходе работы были разработаны комплексы ситуационных задач по нескольким разделам учебной дисциплины, включающие описание клинических случаев о патологии дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, в том числе печени и

билиарной системы. Этот материал стал частью учебно-методического комплекса для изучения дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней» студентами 3 курса в осеннем семестре. Реализация внедрения задач в учебный процесс осуществлялась с помощью платформы «Цифровой КГМУ», где публиковались задания для студентов с последующей их оценкой по 100-балльной шкале.

Для подтверждения эффективности разработанных клинических сценариев, как части реализации практико-ориентированного метода, проводилось исследование успеваемости четырех исследуемых учебных групп. Статистическая обработка данных проводилась за 2019 год с использованием пакета «Анализ данных» программы Microsoft Excel.

Для обеспечения репрезентативности выборки числа респондентов по отношению к генеральной совокупности с доверительной вероятностью 85% и доверительным интервалом 15% необходимо было привлечь к исследованию не менее 46 студентов. В исследовании для оценки эффективности используемого практико-ориентированного метода изучения пропедевтики внутренних болезней в условиях дистанционного обучения приняли участие 56 студентов КГМУ, составляющие 4 учебные группы 3 курса отделения лечебного факультета, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки. Среди них девушек – 81%, юношей – 19%.

27 студентов (2 учебные группы – исследуемая группа № 1) занимались с применением всех требуемых платформ для проведения дистанционного обучения (Moodle, Zoom), но получали задания для выполнения на платформе «Цифровой КГМУ», требующие детального изложения теоретических знаний по изучаемому модулю. 29 студентов (2 учебные группы – исследуемая группа № 2) изучали пропедевтику внутренних болезней с использованием тех же образовательных технологий, но с применением описанного ранее практико-ориентированного метода.

В конце освоения раздела дисциплины для студентов, согласно плану, проводилось итоговое занятие для оценки уровня полученных знаний, включающее в себя проверку теоретических знаний в тестовой форме и в виде опроса и решение ситуационных задач.

После составления двух вариационных рядов по группам исследований было выявлено, что средняя величина (M) оценочного балла у студентов группы № 1 составляет 3,9; средняя величина оценочного балла у студентов, занимающихся с использованием практико-ориентированного метода, 4,2.

В ходе статистической обработки данных были определены среднеквадратичные отклонения (σ) для обеих исследуемых групп ($\sigma_1=1,4$ балла; $\sigma_2=2,7$ балла). Это позволило рассчитать среднюю ошибку средней величины (m_1 , m_2). В ходе расчетов было выявлено, что средний балл у студентов группы № 1 варьируется в пределах от 3,6 баллов до 4,2 баллов ($m_1=0,3$), а у студентов группы № 2 лежит в интервале от 3,8 баллов до 5 баллов ($m_2=0,6$).

Как видно, в группе студентов № 2 наблюдается большая неоднородность оценочного балла, поэтому для выявления достоверности разницы данных признаков было решено использовать критерий Стьюдента, который рассчитывается как отношение разности средних величин ($M_1 - M_2$) к квадратному корню из суммы средних ошибок (m_1 , m_2). После необходимых вычислений было получено, что критерий Стьюдента составляет 2,3 балла по модулю. Таким образом, статистически доказано, что с вероятностью безошибочного прогноза 95% средний балл, демонстрирующий уровень освоения материала, достоверно повышается у группы обучающихся, использующих практико-ориентированный метод изучения дисциплины.

Таким образом, в ходе работы доказана эффективность использования практико-ориентированного метода для изучения пропедевтики внутренних болезней в условиях дистанционного обучения, когда невозможно непосредственное общение студентов с пациентами, работа с историями болезней. В условиях работы на предложенных платформах затруднено получение практических навыков, а также затруднена передача опыта преподавателя студентам. Однако практико-ориентированный метод обучения подтвердил свою эффективность в качестве альтернативного метода обучения для формирования профессиональных навыков, а также, что не менее важно, клинического мышления.

Список литературы.

1. Нестеренко, О.В. Инновационные технологии в преподавании медицинских дисциплин [Электронный ресурс] / О.В. Нестеренко, С.Ю. Елизарова // Международный журнал экспериментального образования. – 2018. – № 5.1. – С. 161-162. – URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=5660> (дата обращения 06.12.2020).

2. Орлянская, Т.Я. Инновационный подход в преподавании основ медицинских дисциплин на кафедрах медицинского университета [Электронный ресурс] / Т.Я. Орлянская, Г.А. Актушина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 12. – С. 1536-1539. – URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11078> (дата обращения 04.12.2020).

3. Ярулов, А.А. Технология индивидуально-ориентированной системы обучения : метод. пособие / А.А. Ярулов. – Красноярск : РИО КГПУ, 2015. – 278 с.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ В РАМКАХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

Пеньков А.Д., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Указ о переводе всех образовательных организаций в формат дистанционной работы отразился на процессе обучения, методах и материалах, применяемых для организации образовательного процесса, а также на распорядке дня студента. Достаточно сложно однозначно и сразу оценить доступность преподавания различных дисциплин и всего образовательного процесса в целом для студента, именно поэтому наше исследование актуально [1, 2].

Цель исследования. Провести социологический опрос для актуализации проблемы и выявления достоинств и недостатков нынешней системы преподавания дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней», что позволит в дальнейшем совершенствовать программы обучения студентов 3 курса лечебного факультета.

Материалы и методы исследования. Респондентами исследования были студенты исключительно лечебного факультета Курского государственного медицинского университета (КГМУ) 3 курса с 1 по 30 группы. По итогам времени, отведенного на анкетирование, в опросе приняли участие 275 студентов лечебного факультета КГМУ, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки.

Для проведения социологического опроса была разработана анкета, состоящая из двух блоков: портрет студента, содержащий общую информацию о поле, возрасте, курсе обучения, образовании и социальной категории респондента; ситуационные задачи, содержащие вопросы, составленные исходя из нынешней ситуации в мире и нового формата обучения для студентов. Опрос проводился онлайн в сети Интернет. Для распространения респондентам высылались ссылки для заполнения. Для создания анкеты использовался облачный сервер GoogleForms.

Результаты и обсуждения. Обработка результатов исследования первого блока анкеты необходима для составления портрета респондента. Так, преимущественно девушки проходили данное анкетирование. Исходя из результатов, 83,7% респондентов – женщины, 16,3% – мужчины. Такое соотношение полов вполне коррелируется с отношением общего числа студенток и студентов на 3 курсе лечебного факультета.

Второй раздел посвящен анализу предложенных респондентам ситуационных задач. На вопрос: «На сколько сильно изменился ваш распорядок дня с переходом на дистанционное обучение?» 48,8% респондентов признались, что на них это не повлияло. На распорядок дня 19,8% студентов сильно повлиял переход на дистанционное обучение, а 18,7% не смогли однозначно ответить на данный вопрос.

Для 66,3% респондентов значимость такого фактора, как видеосвязь с преподавателем максимальна. Чуть менее значимым он (на 4 по пятибалльной шкале) является для 25,6% опрошенных. Очень значимым для 32,6% респондентов фактором стали перерывы во время занятий, которые, скорее всего, связаны с утомлением во время долгого нахождения возле компьютера. Также для 26,7% респондентов важным фактором является время занятий, которое совпадает с расписанием. 30,2% студентов хотели бы, чтобы занятия начинались позже назначенного времени. 22,1% опрошенных считают, что занятие должно начинаться вовремя, но быть короче. А 20,9% респондентов считают, что иногда занятие можно проводить, выполняя только задание и тест. Для 43% программа обучения не изменилась. Для 30,2% опрошенных она стала немного сложнее, но студент способен с ней справиться. 1,2% студентов оценивают программу как сложную

и что во время очного обучения им было легче. Для 25,6% респондентов отвечать в онлайн-режиме преподавателю оказалось сложнее. 70,2% респондентов чувствуют себя лучше, отвечая преподавателю в домашних условиях. 4,2% не видят разницы. 85% обучающихся не хватает практических навыков для закрепления материала, а 15% опрошенных достаточно объяснения преподавателя.

Вывод. В Курском государственном медицинском университете (КГМУ) образовательный процесс поддерживается за счет платформы «Цифровой КГМУ», а также платформы Zoom. Несмотря на сложности перехода образовательного процесса в интернет-пространство, применяемые методы доказывают свою эффективность, о чем свидетельствуют результаты промежуточной аттестации. А также такой вид обучения является достаточно комфортным для студентов.

Список литературы.

1. Нестеренко, О.В. Инновационные технологии в преподавании медицинских дисциплин [Электронный ресурс] / О.В. Нестеренко, С.Ю. Елизарова // Международный журнал экспериментального образования. – 2018. – № 5.1. – С. 161-162. – URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=5660> (дата обращения 06.12.2020).
2. Орлянская, Т.Я. Инновационный подход в преподавании основ медицинских дисциплин на кафедрах медицинского университета [Электронный ресурс] / Т.Я. Орлянская, Г.А. Актушина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 12. – С. 1536-1539. – URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11078> (дата обращения 04.12.2020).

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Прокофьева Ю.В., Абрамова А.Е., Малеева М.В., Щукина Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

В современной жизни многое изменилось во времена пандемии COVID-19. Медицинским учебным учреждениям стало ощутимо трудно в период всеобщей изоляции, поскольку контакт между людьми был ограничен, что непосредственно и привело к дистанционному формату обучения. Доступность хорошего качества образования повлекла за собой возникновение различных образовательных онлайн-программ, онлайн-обучения в режиме реального времени на платформах Zoom, Google Classroom. Такое обучение позволило компенсировать традиционные дистанционные формы обучения. Информационные возможности и технологии стали особо востребованы во время пандемии, переход на дистанционное обучение стал возможен благодаря системе Moodle, позволяющей в полной мере компенсировать недостаток знаний [3].

Пандемия новой коронавирусной инфекции позволила пересмотреть методы традиционного образования и найти способы дистанционного обучения. В медицинском университете огромное значение имеют клинические дисциплины, где требуется непосредственный контакт студента с пациентом и преподавателем. Такое взаимодействие прямо характеризует очное обучение [2]. Однако новые условия пандемии сформировали свои принципы, медицинские вузы вынуждены были перейти на формат дистанционного обучения, где был скорректирован новый учебный процесс, оптимизированы формы привычного дистанционного образования, наблюдавшиеся до пандемии.

Перенос образовательного процесса в электронную среду до конца не решил проблему дистанционного обучения, поскольку для восприятия информации студентами был важен не только объем информации, но и способы ее подачи и восприятия. Роль преподавателя имеет огромное значение, так как он должен не только предоставлять информацию в сухом виде, но и связывать ее с методами и способами доставки до студентов, вести диалог, социальные взаимодействия в малых группах, командное решение в этих же группах, приводящее к достижению поставленных целей и задач [1]. Также преподаватель должен разрабатывать концепции занятий, находить новую информацию, активировать полученные знания студентов, учить интегрировать полученные навыки в практическую деятельность, что очень трудно при дистанционном формате обучения. Онлайн-обучение меняет инструменты, с помощью которых подается новый материал и демонстрируется практическая способность студентов при взаимодействии с пациентами, но уже виртуальными пациентами. Использование новейших средств информационных систем вызвало некую трудность среди образования – технические вопросы, которые предстоит еще решить.

Одним из важных аспектов электронного обучения является взаимодействие со студентами, их взаимоотношение и получение обратной связи от них для достижения наибольшей эффективности и продуктивности дистанционного формата обучения [2].

Дистанционное обучение позволило студентам усваивать информацию из интерактивного обучения в ходе занятий, осваивать самостоятельно новый материал и применять его в практическом аспекте. Ряд преимуществ получили как студенты, так и преподаватели в процессе дистанционного обучения: доступ к электронным источникам учебных и методических пособий, наличие учебной информации в любое время, разносторонняя проверка знаний, учеба в комфортной домашней обстановке, позволяющей снизить уровень стресса, снижение нагрузки, возможность видеозаписи

лекций, тестирование, самообучение, направленное на развитие таких способностей, как: ответственность, самообладание, самостоятельность, разумность и целеустремленность. Особое внимание нужно уделить такому фактору, как возможность работать студентам в условиях коронавирусной инфекции [3]. Такой формат обучения был применен в целях профилактики распространения новой коронавирусной инфекции, что позволило предотвратить большое количество случаев заболеваемости. Важным моментом в ходе дистанционного обучения во время пандемии являлся тот факт, что студенты медицинских вузов могли выходить на связь напрямую из «красной зоны», что позволило им не только продолжить учебу, но и помочь людям в условиях новой коронавирусной инфекции, принесшей миру огромные потери. Также одно из преимуществ дистанционного обучения было введение анкетирования и опросников при выполнении научных работ, что позволило немного упростить задачу, поскольку такой вид деятельности оказался более простым и удобным не только для студентов, но и для преподавателей [2].

В процессе обучения огромное значение играет взаимодействие студента и преподавателя, важно их постоянное общение при разборе материала, что позволяет наиболее комплексно разобраться во всех вопросах. Формат дистанционных лекций позволил студентам не отставать от изучения материала по выбранной программе и быть осведомленным в определенных вопросах и проблемах. Некоторые лекторы устанавливали личный контакт со студентами на онлайн-лекциях для привлечения их внимания, тем самым повышая заинтересованность обучающихся.

Однако дистанционный формат обучения привел к неким трудностям и проблемам: заимствование работ, возможность использования интернет-ресурсов, полноценное изучение практических навыков стало невозможным из-за отсутствия реальных пациентов, симуляционных классов, оборудования, снижается мотивация. Одним из главных минусов являются отсутствие живого общения, недостаток коммуникабельности, теоретический материал не подкреплен практикой, необходимой для медицины [3].

Дистанционное обучение имеет массу плюсов, способных заменить традиционное обучение, как показал опыт во время новой коронавирусной инфекции. Однако такое обучение совершенно неидеально и нуждается в разработке. Несомненно, формат дистанционного обучения экономит не только финансы, но и время как студента, так и преподавателя, позволяет находиться в привычной и комфортной среде дома, иметь доступ к огромному количеству информации и материалов, но все это меркнет на фоне отсутствия общения и социального взаимодействия, что пагубно отражается на совместном взаимодействии. Пандемия определила будущее образования – это дистанционный формат, но, как показала практика, немногие образовательные учреждения были готовы к смене формата учебы, они просто оказались неподготовленными к удаленному функционированию, для развития которого потребовалось время [1]. Система экстренно отреагировала на изменение структуры занятий, но изначально ее совершенство было далеко от идеала, однако это было лучше, чем ничего, и позволило не прерывать занятия, не терять время. И, наверное, исходя из опыта дистанционного обучения, оно никогда не сможет полностью заменить традиционное очное образование, где есть полное социальное взаимодействие для развития и познания. При правильном использовании онлайн-обучение может быть полезным и комфортным дополнением к традиционному способу обучения.

Список литературы.

1. Блоховцова, Г.Г. Перспективы развития дистанционного обучения / Г.Г. Блоховцова, Т.Л. Маликова, А.А. Симоненко // Новая наука: стратегии и векторы развития. – 2016. – № 118. – С. 89-92.
2. Секреты успеха дистанционного обучения / Ю.Д. Семенихина, В.Г. Галкин, Ю.Н. Харламова, С.Э. Кострыкина // Всерос. науч.- практ. конф. с междун. уч. «Педагогика и психология: перспективы развития» (18 сент. 2020, г. Чебоксары). – Чебоксары: «Интерактив плюс», 2020. – С. 23-26.
3. Халиков, А.А. Анализ методов дистанционного обучения и внедрения дистанционного обучения в образовательных учреждениях / А.А. Халиков, К.А. Мусамедова, О.А. Ибрагимова // Вестник научных конференций. – 2017. – № 3. – С. 171-173.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ КГМУ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Горетая М.О., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Научные кружки играют важную роль в жизни студентов, особенно, тех которые желают связать свою жизнь с научно-исследовательской деятельностью.

Студент третьего курса медицинского университета вряд ли может сразу выбрать научное направление. Определиться со своими предпочтениями обучающимся может помочь научный кружок.

На первых занятиях по пропедевтике внутренних болезней преподаватели рассказывают студентам о возможности посещения научного кружка и особенностях его проведения. Членом студенческого научного кружка (СНК) может стать каждый студент лечебного, педиатрического, медико-профилактического факультетов. Запись в СНК проводится на кафедре в начале учебного года. В течение учебного года проходит 12 заседаний кружка.

Заседания кружка проходят под руководством опытных преподавателей-ученых.

Одной из форм работы СНК является реферативная, которая включает в себя подготовку докладов и выступление на заседаниях кружка. Данная форма работы дает возможность научиться работать с различной литературой, интернет-ресурсами, оформлять доклады согласно требованиям.

Другая форма работы кружка – научно-исследовательская деятельность. На занятиях СНК студенты знакомятся с основными принципами работы в научно-исследовательской деятельности. Научно-исследовательская работа может проходить в форме анализа архивных данных, проведения опроса пациентов, находящихся на стационарном лечении или амбулаторном наблюдении, опроса студентов, учатся статистически обрабатывать полученные результаты.

На заседаниях кружка студент получает возможность углубленно изучить разделы внутренних болезней, подготовить доклад на интересующую его тему и выступить с ним, выполнить курсовую работу и написать научную статью, выступить с докладом на научно-практической конференции, принять участие в олимпиаде.

Руководство курсовой работы осуществляет преподаватель. Студент выбирает тему, составляет план работы, подбирает информацию, работает в архиве, много читает, систематизирует и обрабатывает полученные данные.

Когда студент пишет курсовую работу, ему приходится самому разбираться в материале, преодолевать трудности, искать ответы, проводить анализ, делать выводы, стремиться найти истину, формулировать рекомендации и предложения. Преподаватель же проверяет правильность выполненной работы и дает ей оценку.

Основываясь на данных курсовой работы, можно и нужно написать научную статью. Существуют научные журналы и сборники научных конференций, которые публикуют статьи студентов.

В КГМУ традицией являются ежегодные студенческие конференции. В рамках работы вузовской научно-практической конференции проходит секционное заседание студенческого научного общества (СНО), где студенты докладывают результаты своей научной работы, оцениваются не только научность доклада, подача материала, но и умение отвечать на вопросы, вести дискуссию. Лучшие работы поощряются дипломами.

Выполненная успешно курсовая работа, опубликованная статья и участие в научно-практической конференции повышают рейтинг студента, а следовательно, и экзаменационную оценку.

Так как наша кафедра клиническая, то будущие медики приобщаются не только к научной работе, но еще и к более тесному контакту с пациентами, имеют дополнительную возможность тренировать практические навыки и навыки клинического мышления.

Работа в кружке помогает студентам развиваться и раскрывать свой потенциал, дает возможность определиться с научным направлением, представления о работе с больными разных возрастных групп и с различными патологиями внутренних органов.

Список литературы.

1. Байбородова Л.В., Чернявская А.П. Методология и методы научного исследования. Учебное пособие. – М. : Юрайт. – 2018. – 222 с.

2. Дрецинский В.А. Основы научных исследований. Учебник для СПО. – М. : Юрайт. – 2019. – 274 с.

3. Комлацкий В.И., Логинов С.В., Комлацкий Г.В. Планирование и организация научных исследований. Учебник. – М. : Феникс. – 2014. – 208 с.

4. Розанова Н.М. Основы научных исследований. Учебно-практическое пособие. – М. : КноРус. 2020. 328 с.

5. Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента» [www/studmedib.ru](http://www.studmedib.ru)

**СИНДРОМ ВЕЛЛЕНСА.
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВЫСОКОГО РИСКА СМЕРТИ
Небиева Д.Х., Воронин И.М.**

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, Медицинский институт
Тамбов, Российская Федерация

Актуальность: синдром Велленса (СВ) является довольно частым клиническим проявлением, ассоциированным с проксимальным стенозом передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). 1982 – Де Цванн, Ф. Бар и Х. Велленс при наблюдении группы больных с нестабильной стенокардией, выявленной специфическими изменениями зубца Т и развившейся впоследствии обширным передним инфарктом миокарда, описали синдром, назвав его в честь одного из авторов синдромом Велленса.

Согласно данным научной литературы за последние несколько лет описаны 2 типа СВ:

– первый тип – на ЭКГ характеризуется изменениями в грудных отведениях V1 – V4, сегмент ST чаще прямой/вогнутый, плавно переходящий в отрицательный и глубокий зубец Т;

– второй тип СВ встречается гораздо реже и характеризуется двухфазными изменениями зубца Т в отведениях V2 – V3 и сопровождается различными формами зубцов Т.

Следовательно, СВ – это прединфарктная стадия поражения коронарных артерий, составляет от 10 до 15% всех острых коронарных синдромов. И своевременно поставленный диагноз позволяет вовремя провести ЧВ и КАГ для предотвращения риска развития инфаркта миокарда и внезапной смерти.

Описание клинического случая: женщина 69 лет, длительное время страдала гипертонической болезнью с максимальным АД 200/120 мм рт. ст. Адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. Ежедневно принимала лерканидипин 10 мг, лозартан 50 мг, розувастатин 10 мг.

В течение недели появились боли в груди давящего характера с иррадиацией в шею, без четкой связи с нагрузкой и продолжительностью 5-10 минут, купирующиеся самостоятельно. 9 ноября 2021 года четыре болевых приступа около 22:00 и самый продолжительный 20 минут. И в этот день на машине скорой медицинской помощи была доставлена в региональный сосудистый центр. При госпитализации была снята ЭКГ, на которой был зарегистрирован синусовый ритм; ЧСС – 114 ударов в минуту; одиночная наджелудочковая экстрасистолия; изменения миокарда по типу ишемии – повреждения передне-перегородочной стенки; элевация сегмента ST V1, V3 с переходом в отрицательную фазу Т.

При поступлении проявляет жалобы на общую слабость, боли в груди. Объективно: состояние средней тяжести; над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; тоны сердца приглушены, ритмичные; пульс 80 ударов в минуту; АД 140/90 мм рт. ст.

У пациентки с ОИМ БПСТ 139 баллов по шкале GRACE, имеются повышение уровня тропонинов и динамическое изменение сегмента ST. Согласно алгоритму определения инвазивной стратегии показано проведение коронароангиографии (КАГ) и решение вопроса о тактике ведения в срок до 24 ч. При проведении КАГ зарегистрированы стеноз передней нисходящей артерии (ПНА) 75%, стеноз правой коронарной артерии (ПКА) 50% и заднебоковой артерии (ЗБА) 80%. На эхокардиографии (Эхо-КГ) наблюдались уплотнение створок аортального клапана, минимальная аортальная регургитация, акинез верхушки, апикального и медиального передних

сегментов, апикального перегородочного, медиально-перегородочного сегмента левого желудочка и снижение глобальной сократительной функции. А также при холтеровском мониторинге зарегистрированы частая желудочковая эктопическая активность в виде одиночных экстрасистол в среднем количестве 27 в час, значительное удлинение интервала QT, наблюдается гипердаптация QT к ЧСС.

Заключение: таким образом, при обследовании выявлены изменения в грудных отведениях V1 – V3 и отрицательный зубец T, перешедший во 2 тип. Следовательно, в протокол лечения включали следующие препараты: гепарин, ацетилсалициловая кислота, брилинта, бисопролол, лозартан, аторвастатин, омепразол, ЛФК, лучевая нагрузка – 8,1 мЗв.

На фоне проведенного лечения состояние пациента улучшилось: боли за грудиной не рецидивируют, гемодинамика стабильная, расширение двигательного режима соответствует срокам течения ИМ, реабилитационный потенциал средний.

Учитывая наличие гемодинамически значимых поражений коронарных артерий и связанных с ними зон нарушения сократимости миокарда и анатомические особенности коронарных артерий показало целесообразность выполнения эндоваскулярного лечения.

Проведено стентирование коронарных артерий в условиях стационара. И в течение оставшегося периода в стационаре пациентка особых жалоб не предъявляла, на ЭКГ сохранялся отрицательный зубец T в грудных отведениях V2, V3.

При выписке на ЭКГ сохранялся отрицательный зубец T в отведениях V3 – V6. Также состояние пациента без отрицательной динамики, активных жалоб не предъявляет.

Рекомендовано:

- диета с ограничением потребления поваренной соли, жидкости (1,0-1,5 л/сут), холестеринсодержащих продуктов, животных жиров;
- соблюдение режима труда и отдыха, ограничение психоэмоциональных нагрузок, аэробная физическая активность умеренной интенсивности в течение 30-40 минут не менее 5 дней в неделю в сочетании с увеличением обычной физической активности;
- продолжить прием лекарственных препаратов;
- контроль ОАК, ОАМ по м/ж;
- реваскуляризация миокарда в плановом порядке в условиях ТОКБ им. В.Д. Бабенко;
- пациент информирован о возможности льготного лекарственного обеспечения в течение 2 лет;
- направление на реабилитацию в Тамбовский кардиологический санаторий.

Список литературы.

1. Rhinehardt J., Brady W.J., Perron A.D. et al. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome // *Am J Emerg Med.* 2002. Vol. 20. P. 638-643.
2. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии.— М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 1999. – 528 с., илл.
3. Cabrera E., Friedland C. Wave of ventricular activation in left branch block with infarct; new electrocardiographic sign // *Archivos del Instituto de Cardiologia de Mexico.* – 1953. – Т. 23. – N 4. – P. 441.
4. De Zwann C., Bar F.W., Janssen J.H. et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery // *Am Heart J.* 1989. Vol. 117. P. 657-665
5. Prinzmetal, M., Kennamer, R., Merliss, R., Wada, T., Bor, N. (1959). Angina pectoris I. A variant form of angina pectoris. *The American Journal of Medicine.* – N. 27(3). – P.375-388.

ГЕНДЕРНО ЗАВИСИМЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Немеров Е.Н., Лесная Н.П., Никеенко С.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема гендерного неравенства, как бы того не хотелось, продолжает быть актуальной и по сей день. Ряд наук, начиная от психологии и заканчивая физиологией, может подтвердить наличие конфликта, созданного в результате несправедливого отношения к специалистам различного рода профессий, и не только в медицине. Многочисленные исследования ставят людей перед фактом – мужчина и женщина не равны в своих возможностях не только из-за различий в физиологическом аспекте, но еще из-за психических и психологических особенностей мышления и интеллекта. Искаженное восприятие этих факторов влечет за собой порождение стереотипов и даже создает в умах некоторых индивидов ложные представления, возведенные в абсолюты. Разумеется, такое не могло не отразиться и на врачебной сфере. За долгие годы развития современной медицины оказалось, что некоторые специальности стали практически строго гендерно зависимы. Возникла проблема интеллектуальных и мыслительных особенностей в выбранной профессии, конфликт собственного личностного восприятия, резонирующий с общественным мышлением.

Цель исследования – изучить особенности восприятия в клинической медицине специалистов различных полов и выявить наличие предвзятости, обусловленной гендерными различиями; выявить факторы, обуславливающие полученный результат.

Материалы и методы исследования. Данная работа выполнялась на основе анализа библиографических источников, а также с использованием анкетирования студентов.

В опросе приняли участие 50 респондентов, являющихся студентами третьего курса Курского государственного медицинского университета. Среди них представители лечебного и стоматологического факультетов. Тестирование респондентов и подсчет результатов проводились с помощью программы GoogleForms. Респондентам были предложены вопросы закрытого типа, содержащие несколько вариантов ответа. Среди них имеются как вопросы с множественным, так и одиночным ответами. Также было предложено несколько вопросов, созданных на основе упрощенной шкалы Лайкерта, ответы на которые представляли «степень» гендерного восприятия профессии.

В определенном смысле внимание к вопросам гендерной социализации является порождением интенсивно распространяющихся во всем мире феминистских идей. Результаты исследований в области гендерной социализации с очевидностью приводят к выводу, что особенности мужской и женской полоролевой идентификации специфически отражаются на положении человека в обществе, его личной и профессиональной судьбе [1].

Различия мужчины и женщины можно разделить на те, которые возникают из-за генетического набора – собственно первичные и вторичные половые признаки, и те, которые возникают из-за различия, и те, которые строятся под влиянием среды, в которой рос человек, это так называемые третичные половые признаки. У высших живых существ они проявляются психологическими и социально-культурными различиями в поведении полов. Особенно в человеческом обществе третичные половые признаки сильно подвержены влияниям различных культур.

Женщины-врачи считают, что они лучше понимают пациентов и способны сопереживать им в большей степени, чем мужчины. У женщин-стоматологов нет

гендерных предпочтений в отношении к пациентам, но они считают, что чаще имеют дело с пациентами-женщинами, чем с мужчинами. Женщины-врачи убеждены, что пациенты обоих полов больше доверяют стоматологу-женщине, чем врачу-мужчине [2].

Результаты исследований. В ходе анкетирования были собраны мнения студентов о гендерной принадлежности врача. Оказалось, что, хоть большинство студентов и считают, что профессия врача гендерно нейтральна, в некоторых случаях было выявлено отклонение только в «мужскую» сторону или же только в «женскую».

Анализируя результаты опроса, можно сделать вывод: большая часть респондентов согласна с тем, что роль мужчин и женщин в медицине равносильна. Представители обоих полов могут быть специалистами различного рода практик. В данном опросе были использованы специальности, связанные с лечением болезней внутренних органов и их систем. Некоторый процент же находил верным отметить то, что представитель определенного пола предпочтительнее в роли врача. Так, например, можно отметить, что гастроэнтеролога 14% опрошиваемых видят мужчиной, что выбивается среди общего «равенства» в голосах. Это может быть связано с какими-то личными критериями респондентов. Однако в большинстве своем преимущественно наблюдается склонение в сторону гендерной нейтральности.

Это равноправие стало реально сейчас, в наше время, когда женщины стали бороться за свои права и занимать должности наравне с мужчиной. Сегодня, в XXI веке, в России медицина имеет в основном женское лицо. По официальным данным, в современной России из 608,5 тыс. врачей 69,5% составляют женщины и только 29,5% – врачи-мужчины. Однако в системе здравоохранения мужчины занимают руководящие посты, а женщины работают непосредственно с больными. На такое разделение, конечно же, есть свои причины. Так, различия в стилях общения с пациентами между женщинами и мужчинами врачами позволяют сделать вывод, что женщины обладают более высокой адаптивностью, и поэтому их работа в качестве экстренных медработников, выполняющих первую помощь больным, более предпочтительна [3].

Также хочется обратить внимание на результаты по следующему вопросу: «Как вы считаете, какие факторы могут создавать неравенство полов в медицине?»

Среди предложенных респондентам вариантов были самые распространенные и чаще всего упоминающиеся причины неравенства полов в медицине. Больше всего голосов набрал вариант «Гендерная предвзятость со стороны общества», что вполне справедливо и ожидаемо. Действительно, к большому сожалению, множество предрассудков находится в голове у самого общества, которое не может отойти от принятых стереотипов. На втором же месте находится вариант «Психосоциальные аспекты». Респондентами не было отмечено наличие «медицинских династий». Некоторые исследования подтверждают, что наличие семейного статуса и «династий» воспроизводит гендерное неравенство в медицинской профессии [1]. Отмечается, что женщины чаще пассивно или под семейным давлением осуществляют выбор профессии, который обусловлен гендерными стереотипами. Деконструкция традиционного гендерного дисплея в профессии идет слабыми темпами, и медицинские династии продолжают скорее воспроизводить неравенство и мужскую этику медицинской профессии. Этот фактор сильно сказывается на создании неравных условий.

В заключение можно подчеркнуть, что основное противоречие явно видно: медицинские профессии – это профессии в основном женские, но карьеру в медицине делают, как правило, мужчины. Возможно, изменение ситуации пошло бы на пользу здравоохранению [2]. Хоть общество и дает дорогу женщинам в медицину, сейчас существуют некоторые стереотипы, которые не дают возможности в полной мере провозгласить стопроцентное равноправие полов.

Список литературы.

1. Клименко, Л.В. Гендерные аспекты воспроизводства профессиональных династий в медицине / Л.В. Клименко, О.Ю. Посухова // Журнал институциональных исследований. – 2021. – Т. 13. – № 3. – С. 144-157.
2. Ковалева М.Д. Гендерный статус женщины в современной медицине // Дис. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2005.
3. Ленина, Д.А. Роль женщины в медицине / Д.А. Ленина, А.В. Степанова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 484-486.

СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Лукашов А.А., Бачинский О.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Профессиональные заболевания легких являются одной из основных причин временной утраты трудоспособности среди населения наиболее трудоспособного возраста. В общей структуре профессиональной патологии пылевые заболевания легких занимают лидирующие позиции, часто приводя к инвалидизации и преждевременной смертности.

Исходя из актуальности рассматриваемой проблемы, целью исследования послужила оценка распространенности, структуры и особенностей клинического течения профессиональной бронхолегочной патологии в Курской области.

Материал и методы. Материалом послужили истории болезни пациентов, находившихся на лечении в 2010-2020 г. в Центре профпатологии ОБУЗ «Курская городская больница № 6». Про-анализировано 254 истории болезни больных с профессиональными заболеваниями органов дыхания, проживающих в г. Курске и Курской области, из них: мужчины составляли 52,1%, женщин 47,9% соответственно. Средний возраст составил $61,43 \pm 0,44$ лет.

Полученные результаты и их обсуждение. Возрастная структура обследуемых выглядела следующим образом: 37,4% респондентов – среднего возраста (в том числе 4 пациента – до 40 лет), в старшую группу вошли 54,1% больных, пациенты пожилой возрастной группы (старше 74 лет) составили 8,5%. Среди больных с профпатологией легких 52,97% постоянно проживали в г. Курске. Наиболее часто на рабочих местах у них встречались экспозиция смешанной пыли, содержащей в своем составе умеренно-агрессивные аэрозоли, фиброгенная пыль, токсические и раздражающие вещества, что способствовало формированию комбинированной бронхолегочной патологии, нередко с аллергическим компонентом. Более четверти пациентов (26,35%) постоянно проживали в г. Железногорске. Формированию болезни практически у всех из них послужила работа на Михайловском горно-обогатительном комбинате (МГОК). Среди нозологий, наиболее часто встречающихся среди работников МГОК, можно отметить хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), Пневмокониозы (ПН) и их сочетание, профессиональные аллергозы отмечались реже, чем у профессиональных больных г. Курска. В группе респондентов, проживающих в сельской местности (20,68%), причиной заболевания послужила работа во вредных по пыли условиях труда на текстильных комбинатах, предприятиях перерабатывающей, легкой, пищевой промышленности и в сельском хозяйстве. Среди профессий, способствующих развитию пылевой профпатологии у сельских жителей, наибольший удельный вес имела профессия сварщика. Необходимо отметить комбинированный характер производственной аэрозоли, воздействующей на больных из этой группы: растительная, мучная пыль, вещества-сенсibilизаторы, аммиак, сварочные аэрозоли, пестициды, земляная пыль, выхлопные газы сельхозтехники и т.д., что способствовало частому развитию токсического бронхита и профессиональной аллергической патологии легких – профессиональная бронхиальная астма (ПБА) и альвеолит. ПН встречался значительно реже, чем у жителей городов Курска и Железногорска.

Наиболее распространенной профессиональной патологией бронхолегочной системы была ХОБЛ пылевого, токсического и смешанного генеза, которая наблюдалась у 94,3% пациентов. У 60,1% от всех респондентов данный диагноз был единственным проявлением вредного профессионального воздействия на респираторный тракт. В 34,2%

имела место сочетанная профессиональная легочная патология, у 12,2% больных .наблюдалось сочетание профессиональной ХОБЛ с интерстициальной патологией легких ПН – силикоз, антракоз. Смешанные формы; силикотуберкулез выявлен у 21%. Часто ХОБЛ была ассоциирована с аллергической патологией дыхательной системы (ХОБЛ+ПБА, ХОБЛ+альвеолит). Один пациент имел сочетание ХОБЛ, ПБА и пневмокониоз. В пяти случаях профзаболевания дыхательной системы были выявлены у медицинских работников (два врача, две медицинские сестры и фармацевт; без учета профессионального туберкулеза легких). У всех лиц диагностировалось сочетание ХОБЛ и ПБА, развитию патологии способствовало наличие на рабочих местах токсических веществ и аллергенов.

Анализируя выраженность синдрома дыхательной недостаточности (ДН), удалось выявить следующие закономерности. Только 9,9% пациентов имели 1 степень ДН, умеренные и выраженные функциональные расстройства дыхательной системы наблюдались более чем у 90% респондентов .

Выводы:

1. Наряду с прогрессированием дыхательных нарушений можно отметить недостаточно раннее выявление профессиональных заболеваний легких – почти половина направленных на первичное обследование в Центр профпатологии уже имела ДН 2 и 3 степени.

2. Общероссийская тенденция по уменьшению заболеваемости пневмокониозами и росту числа больных профессиональными бронхообструктивными заболеваниями нашла свое отражение и в ситуации на территории Курского региона, где пылевая и токсико-пылевая бронхопатия является безоговорочными лидерами среди профессиональных болезней дыхательной системы.

Список литературы.

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Клинические рекомендации. – М. – 2021. – 91 с.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020 <https://goldcopd.org/>

3. Организация и проведение обучения больных хронической обструктивной болезнью легких. Метод. Рекомендации. А.С. Белевский. Атмосфера, 2003.

4. Авдеев С.Н. Неинвазивная вентиляция легких у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в стационаре и домашних условиях. Пульмонология. 2017;27(2):232-249. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2017-27-2-232-249>

5. Бронхиальная астма. Клинические рекомендации. – М. – 2021. – 114 с.

ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТРЕНАЖЕРОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Петрова Л.И., Дорофеева С.Г., Шебан А.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

На сегодняшний день огромное внимание уделяется вопросу качества медицинской помощи. Повысить уровень знаний студентов медицинских специальностей помогают инновационные технологии, которые незаметно вошли в нашу жизнь и стали ее неотъемлемой частью. Обучение в современных учреждениях проводится с помощью наглядных пособий. Речь идет о медицинских моделях и тренажерах, которые производятся разными компаниями для этих целей.

Изделия классифицируются с учетом области применения: лечение заболеваний скелета, проведение терапевтических процедур, диагностика организма. Современная система преподавания пропедевтики внутренних болезней в нашем учебном заведении ориентирует каждого из преподавателей на кафедре на внедрение инновационных образовательных технологий в учебный процесс. Еще 50 лет назад сложно было представить, что будущие медицинские работники будут учиться на манекенах. Но сегодня обучение на базе симуляционных технологий признали эффективным многие медицинские специалисты и преподаватели во всем мире.

Аускультация – это важнейший клинический навык, помогающий оценивать и контролировать состояние пациента. И сегодня в обучении студентов этому навыку нам помогает тренажер «Фома». Это манекен, оснащенный интерактивной программой. Он достоверно отражает аускультацию дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Благодаря ему студенты могут понять, что они делают правильно, а над чем еще нужно поработать.

Манекен представляет собой торс взрослого человека с беспроводным электронным контроллером. Он полностью русифицирован. Это оригинальная и высоко достоверная трехмерная анатомическая модель человеческого тела, предназначенная для изучения тонов сердца и дыхательных шумов легких в норме и в патологии. Патологические ситуации, отраженные в симуляторе, смоделированы с реальных клинических случаев. Большое внимание уделяется визуальной и фактической достоверности процесса. Зафиксировано и обработано 12 патологий сердца и 18 патологий легких. Каждый звук записывался с реального больного с обозначенной патологией. Это очень достоверно и наглядно, поэтому обучение аускультации на манекене максимально приближено к реальным условиям.

Целью создания устройства является увеличение количества практических навыков по освоению материала, которые можно легко приобретать на одном тренажере; возможность одновременной работы на тренажере нескольких обучающихся.

Лечение болезней и укрепление здоровья пациента – главное назначение медицины. И чтобы учебный процесс был эффективным, используются такие анатомические модели, как тренажер «Фома», для тренировки практических навыков в аускультации и в диагностике патологии внутренних органов путем выслушивания звуковых феноменов легких и сердца.

Тренажер «ФОМА» совместим со стетоскопом, поэтому учебный процесс на манекене максимально приближен к реальным условиям. Характеристика манекена Фома:

- портативная и простая в использовании модель туловища человека на подставке;
- анатомически точные точки для проведения аускультации;
- обширный спектр звуков аускультации.

Симуляционные технологии позволяют приобретать профессиональные навыки без риска для здоровья пациентов, а также изучать различные патологии, которые в реальной жизни можно встретить очень редко. Студентам не приходится испытывать неудобство и страх за жизнь пациента. Они могут отрабатывать пройденное или изучать новое много раз. Зачастую при прохождении определенной темы по патологии дыхательной или сердечно-сосудистой систем не представляется возможным продемонстрировать студентам наглядный пример, так как на стационарном лечении нет пациента с патологией, которая актуальна по изучаемой теме. Также исключается контакт с пациентом, пока студент не изучил в достаточной степени практические навыки на тренажере.

Вывод: образование может быть эффективным и качественным, если есть четко сформулированные и конкретизированные образовательные цели. Современная образовательная среда дает возможность применить свои знания на практике. Для преподавателя значительно упрощается процесс обучения и донесения знаний до студентов. Он может наглядно демонстрировать методику проведения аускультации сердца и легких и контролировать точность воспроизведения учащимися.

Список литературы.

1. Антюхов А.В., Матяш Н.В., Фомин Н.В. Проектирование основных образовательных программ, реализующих Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования. Учебно-методическое пособие.– Брянск: «Курсив», 2015. – С. 260-261.

2. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н., Мансимова О.В. Образовательные технологии в профессиональной деятельности вуза «Язык. Образование. Культура», сборник материалов XI Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием, посвященной 82-летию КГМУ. Курск, КГМУ, 2017. – С. 54-57.

3. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Прокофьева Ю.В. Инновационные образовательные технологии в медицинском образовании // «Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов», сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ. Курск, КГМУ. – С. 311-314.

4. Лаврентьев Г.В., Лаврентьева Н.Б. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов. – Барнаул: Лада-мир, 2017. – С. 348.

ВКЛАД КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ В ВОСПИТАНИЕ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Горетая М.О., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Воспитание является одним из видов деятельности, направленным на преобразование человека или группы людей. Это практико-преобразующая деятельность, направленная на изменение психологического состояния, мировоззрения и сознания, знания и способа деятельности, личности и ценностной ориентации воспитуемого.

Человек может целенаправленно оказывать воспитательное влияние на себя, управляя своим психологическим состоянием, поведением и активностью. В данном случае речь идет о самовоспитании.

Воспитательная работа в высших учебных заведениях регламентируется рядом нормативных документов, к которым относятся федеральные законы «Об образовании в Российской Федерации», «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений», постановление Правительства РФ «О национальной доктрине образования в РФ» и др. В вышеперечисленных документах отражена задача воспитания нового поколения специалистов, которая сформирована из потребностей настоящего времени и современного общества, а также способствует личностному развитию будущих специалистов.

Студенческое общество – это особая социальная группа, которая характеризуется своими возрастными особенностями и нравственностью данного поколения, целями, интересами, увлечениями, привычками, взглядами на хорошее и плохое и т.п. В таком молодом возрасте взгляд на многие вещи еще не полностью сформировался, поэтому воспитание обучающихся – это неотъемлемая часть деятельности медицинского вуза по подготовке к выполнению важнейших социальных функций в различных сферах жизни. Во время всего периода обучения студенты меняют модели и образы своего поведения, свое отношение к жизненным и культурным ценностям.

Одним из основных направлений воспитательной работы в вузе является профессиональное воспитание через профессию. В формировании личности студентов медицинского университета огромная роль принадлежит профилирующим медицинским кафедрам, которые непосредственно осуществляют профессиональную социализацию. Прямое влияние на обучающихся оказывает профессорско-преподавательский состав.

Наша кафедра пропедевтики внутренних болезней не является исключением и активно занимается воспитательной деятельностью. Принципы воспитательной работы на кафедре:

1) преобладание общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, возможность свободного развития личности; патриотизма и гражданственности, трудолюбия, уважения к правам и свободам человека, любви к семье и людям, окружающей природе, Родине, университету;

2) гуманистический характер образования и воспитания;

3) формирование и разностороннее развитие личности, обладающей важнейшими качествами, такими как взаимопонимание, доброта, сопереживание, взаимоподдержка, способность идти на компромисс, креативность, для участия в созидательном процессе жизни общества, в укреплении и совершенствовании его основ.

При помощи воспитательной работы формируется бережное отношение к собственному здоровью и здоровью других людей. Она содействует всестороннему творческому развитию индивидуальности студента, также позволяет стимулировать стремление воспитуемых к саморазвитию и самосовершенствованию; стимулирует

становление высоконравственной и духовно развитой личности, дает представление и понятие у студентов о чувстве прекрасного. Воспитание ответственного отношения к профессиональному становлению, к овладению профессиональным мастерством и готовности к выполнению своих профессиональных обязанностей, интереса к научной деятельности. Формирование гражданского самосознания, активной жизненной позиции, готовности к выполнению многообразных функций гражданина, уважения к истории и культуре собственного народа. Воспитание толерантного отношения к человеку независимо от его национальной и расовой принадлежности, уважения к традициям и культуре других народов. Воспитание положительного отношения к общественно полезному труду. Формирование зрелой личности, способной противодействовать асоциальным явлениям в обществе.

Начиная с первого занятия, на нашей кафедре проводятся воспитательные беседы со студентами лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов о правилах поведения в университете и лечебных учреждениях, дисциплине на занятиях, о внешнем виде и моральном облике, технике безопасности и здоровом образе жизни.

В КГМУ на кафедре пропедевтики внутренних болезней активно пропагандируется здоровый образ жизни. Разрабатываются и применяются меры, направленные на предупреждение употребления алкоголя, табака, наркотиков среди молодежи для поддержания и защиты здоровья, так как вредные привычки негативно отражаются на здоровье студентов. Преподаватели кафедры действуют напрямую и открыто через методы устной пропаганды (беседы, лекции, конференции) и наглядной мотивации в виде постеров и видеофильмов.

Нравственно-эстетическое воспитание заключается в посещении выставок, театров, музеев, концертов, спортивных мероприятий, проведении литературных вечеров.

Научное и профориентационное воспитание: олимпиады, беседы по вопросам профориентации, обсуждение статей профессиональных журналов.

Специфика врачебной деятельности предполагает знание своеобразного свода этических правил, запретов и ограничений, которые должны приниматься во внимание теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь другого человека. Врач сопровождает человека с момента рождения до смерти, у врача необыкновенно широкий спектр общения с людьми различных социальных групп, личностных установок и т.п. Врачи должны обязательно учитывать определенное изменение психологии больного человека, стараться найти индивидуальный подход к каждому пациенту, его родным и близким, проконтролировать работу медицинского персонала и четкость выполнения назначений, при этом быть максимально вежливыми и деликатными. Будущий врач должен:

- уметь вести диалог врача с пациентом;
- контролировать уровень интеллектуальных, профессиональных и культурологических знаний;
- уметь предъявлять требования врача к пациенту.

Идеологическое воспитание: торжественные мероприятия, посвященные празднованию Дня Победы; участие студентов в благотворительных акциях по поддержке ветеранов ВОВ, участие в общественных акциях «Спасибо вам за Победу!».

Не остаются без внимания и ветераны КГМУ. Профком университета регулярно приглашает ветеранов кафедры пропедевтики на праздничные и торжественные мероприятия, конференции, открытие памятников.

В рамках трудового воспитания студенты, проходящие обучение на кафедре, участвуют в волонтерских движениях и мероприятиях, акциях поддержки; принимают участие в конференциях; совмещают учебу с работой в отделениях разного профиля в качестве младшего и среднего медперсонала, участвуют в проведении университетских и городских субботников.

Преподаватели кафедры с большим энтузиазмом передают свой опыт и знания будущим врачам, стараясь подготовить достойную смену.

Список литературы.

1. Мензул, Е.В. Системный подход к планированию воспитательной работы в медицинском вузе / Е.В. Мензул, Ю.В. Мякишева, Ю.В. Щукин. – Текст : непосредственный // Педагогика высшей школы. – 2017. – № 2 (8). – С. 76-79.

2. Самойлов В.Д. Педагогика и психология высшей школы. Андрогиогическая парадигма: / В.Д. Самойлов. – М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2013. – С. 59.

3. Тарарышкина М.А. Принципы культуuroобразовательного аспекта при подготовке студентов высшей медицинской школы // Психология и педагогика современного образования в России: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Пенза: ПДЗ, 2006.

4. Тарарышкина М.А. Формирование толерантности студентов-медиков в рамках культуuroобразовательного аспекта // Российский медико-биологический вестник. – Рязань-Москва, 2006, № 3.

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК – НАДЕЖНЫЙ ПОМОЩНИК БУДУЩЕГО ВРАЧА

Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Лулева А.И., Овсепян М.Р.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Современная подготовка в медицинском высшем учебном заведении требует от студента освоение большого блока теоретических знаний и практических навыков. Повышение качества образования во многом зависит от мотивации студента и использования в образовании инновационных форм обучения. Студенческие научные кружки позволяют студентам не только повысить качество профессиональных знаний, но и выбрать дальнейшую специализацию, способствуют освоению навыков научно-исследовательской работы, повышают активность и чувство ответственности студентов, дают им опыт организационной и публикационной деятельности. Участники научных студенческих кружков в дальнейшем могут остановить свой выбор на профессии ученого или преподавателя, что способствует поддержанию кадрового состава высших учебных учреждений.

Студенческие научные организации существуют не только в России, но широко практикуются и за рубежом. В Северной Америке, к примеру, существуют студенческие мужские и женские организации или братства, в Европе им соответствуют студенческие корпорации. А в России традиционно еще с XIX века – студенческие общества. Причем роль этих обществ не ограничивалась научно-исследовательской деятельностью, они известны в истории России, как и общественно-политические движения.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней – одна из старейших в Курском государственном медицинском университете. Кафедра создана в 1937 г., всего два года спустя со дня основания вуза.

С 1946 г. по 1950 г. кафедрой возглавлял профессор Ф.К. Меньшиков. Именно под руководством Ф.К. Меньшикова был основан студенческий научный кружок. Профессор Ф.К. Меньшиков был клиницистом широкого диапазона и удачно сочетал в себе талант врача и педагога с прекрасными способностями исследователя и научного руководителя.

В последующие годы, с 1950 по 1952, под руководством профессора А.Б. Хавкина продолжалось совершенствование учебного процесса, и развивалась научно-исследовательская деятельность с участием студентов в рамках студенческого научного кружка.

С 1952 г. по 1973 г. кафедрой возглавлял профессор М.А. Черкасский. В этот период изучение реактивности организма при ряде заболеваний внутренних органов являлось основным направлением научных исследований, в которых принимали активное участие студенты – члены научного кружка.

В 70-е годы под руководством доцента Ю.К. Крамаренко, а затем профессора Н.И. Громнацкого научные изыскания были направлены на разработку более рациональной терапии сердечно-сосудистой патологии. Студенты охотно принимали участие в этой работе под руководством к.м.н. асс. О.И. Ерохина, а с 1973 по 1982 гг. – Ю.К. Крамаренко.

Затем с 1990 по 1997 гг. работа кафедры под руководством доцента С.А. Школьниковой, при активном участии СНК под руководством к.м.н., доцента В.В. Рыжикова была направлена на улучшение организации обслуживания населения, проводился анализ стандартов объема терапевтической помощи и критериев качества.

С 1997 г. кафедрой руководит профессор, доктор медицинских наук, член-корр. РАЕН, Отличник здравоохранения, заслуженный врач Российской Федерации Е.Н. Конопля. В это время на кафедре большое внимание уделяется повышению

качества подготовки специалистов, осуществляются совершенствование и перестройка учебного процесса с внедрением инновационных технологий. Большую роль в реализации этих задач играет деятельность научного студенческого кружка.

В научно-исследовательской работе сотрудников кафедры активное участие принимают студенты, члены научного студенческого кружка, которым с 2004 года руководила доцент кафедры Н.П. Лесная.

Многие работы кружковцев по достоинству награждены дипломами и грамотами за участие в вузовских и межвузовских конференциях и конкурсах. Научный кружок как верный помощник кафедры всегда открыт для студентов, жаждущих встреч с интересными собеседниками, чтобы обсуждать актуальные темы текущего дня в области диагностической терапии и других смежных наук. Огромная роль в этой связи принадлежит профессорско-преподавательскому составу.

Кафедра выступает в качестве основы формирования навыков научного исследования у студентов для дальнейших научных исследований на старших курсах. Эффективное использование творческой деятельности преподавателя позволяет поддерживать стабильный уровень участия студентов в научной деятельности. Обучение в кружке содействует не только научным достижениям студентов, но и воспитанию качеств, характерных врачу.

Основные задачи деятельности СНК кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ:

- привлечение студентов к научной и практической работе;
- формирование умения ориентироваться в потоке научной информации;
- формирование и тренировка практических навыков;
- организация и проведение научно-практических студенческих мероприятий.

На современном этапе развития отечественной высшей школы, связанном с ее реформированием, обновлением и включением в международное образовательное пространство, определяющим становится фактор рационального использования интеллектуального потенциала каждой личности. Учитывая это, ведущей задачей высших учебных заведений является формирование студенческих научных образований, которые и будут составлять основу будущей эффективной работы каждого студента.

Мы провели опрос среди студентов, которые участвовали в деятельности кружка в 2018-2019 учебном году, для того, чтобы оценить показатели заинтересованности студентов в данном предмете, влияние кружка на их успеваемость, а также узнать, помогло ли им участие в кружке в дальнейшем обучении на старших курсах.

По данным за 2018-2019 учебный год, 30 студентов были участниками студенческого научного кружка кафедры пропедевтики внутренних болезней. Из них в опросе принимали участие 15 человек.

Результаты опроса:

Участие в СНК способствовало:

- 67% (10 человек) ответили, что кружок способствовал не только глубокому усвоению материала, но и приобретению навыков публичных выступлений;
- 33% (5 человек) ответили, что кружок помог им в усвоении навыков практической деятельности.

Основным мотивом участия в СНК являлось:

- 80% (12 человек) – получение дополнительного развития знаний, умений и навыков по данному предмету;
- 20% (3 человека) интересовала подготовка к предстоящему экзамену.

Влияние кружка на успеваемость:

- никак не отразилось – 0%;

- успеваемость повысилась – 100%;
- успеваемость снизилась – 0%.

Влияние кружка на изучение других дисциплин:

- не изменилась – 0%;
- повлияло в лучшую сторону (использование знаний полученных в СНК в других учебных областях) – 100%.

Влияние участия в СНК на средний балл по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»:

- 60% участников (9 человек) наблюдали повышение среднего балла с 4 до 4,5 после участия в СНК;

- 40% (6 человек) ответили, что их средний балл не изменился за время участия в СНК.

При этом студенты – участники СНК указывали, что на занятиях они широко осваивают основы исследовательской работы, расширяют знания, конкретизируя их, получают дополнительную информацию для научного поиска; немаловажны и получаемые практические умения, в том числе ведения дискуссии и представления результатов своих исследований.

Выводы:

Чем интенсивнее протекает умственная деятельность студента, тем спектр дальнейших результатов шире. В совокупности это достигается только тогда, когда общественная деятельность, необходимая также для развития духовной зрелости студента, открыто демонстрирует свои положительные стороны. На примере студенческих научных образований это наглядно видно.

Список литературы.

1. Ищенко В., Сазонова З. Интегрализация образования, науки производства. Опыт практического решения // Высшее образование в России. – 2006. – № 10. – С. 23-31.

2. Малахов В.П., Полин Е.Л. Варианты интеграций учебной и научной работы в вузе // Вестник высшей школы – 1988. – № 9. – С. 19-21.

3. Матушкин Н., Гитман М., Столбов В., Гитман Е. Подготовка кадров высшей квалификации: некоторые интеграционные механизмы // Высш. образование в России. – 2007. – № 1. – С. 119-127.

4. НИРС как составляющая системы формирования компетенций специалиста. Н. Матушкин, И. Столбова, Т. Ульрих // Alma mater.

Вестник высшей школы. – 2007. – № 5. – С. 3-7.

5. Организация научно-исследовательской деятельности студента в вузах России: Монография. В 3-х ч. Ч. 2. Методическое обеспечение регламентация научно-исследовательской деятельности студентов в вузах / Балашов В.В., Лагунов Г.В., Малюгина И.В. и др. Под ред. В.В. Балашова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГУУ. – 2002. – 344 с.

6. Сипайлов Г.А., Горбунова М.А., Иванова Г.М. Организованно-методические основы НИРС в вузе // Вестн. Высш. Шк. – 1986. – № 8 – С. 38-42.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Лукашов А.А., Бачинский О.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Преподавание профессиональных болезней будет некачественным без освещения на практических занятиях особенностей клинического течения изучаемых нозологий у жителей Курской области. Поэтому преподавателями кафедры проводится ежегодный клинический анализ особенностей течения преподаваемых нозологий в данном регионе. Анализируется наиболее широко распространенная патология, к которой можно отнести и профессиональную хроническую обструктивную болезнь легких (ПХОБЛ).

Значительный удельный вес обструктивной бронхолегочной патологии в общей структуре профессиональных болезней, тенденция к росту заболеваемости и инвалидизации, в частности среди лиц трудоспособного возраста, определяют актуальность изучения особенностей развития и течения профессиональной хронической обструктивной болезни легких [1, 2, 3].

Целью исследования послужило определение особенностей формирования и клинического течения ПХОБЛ среди жителей Курского региона. За период 2018-2020 гг. было обследовано 67 пациентов с ПХОБЛ, проходивших обследование и лечение в Курском центре профпатологии (средний возраст $62,07 \pm 6,57$ года), проживающих в г. Курске и г. Железногорске. Проведено анкетирование больных, анализ данных стационарного обследования дополнялся изучением медицинской и санитарно-гигиенической характеристики условий труда. Верификация диагноза профессионального заболевания в среднем происходила в $49,21$ лет, из которых последние $21,3$ года – пылевой стаж, работа в контакте с производственной аэрозолью.

Полученные результаты и их обсуждение. Обращает на себя внимание, что появление первых признаков заболевания наблюдалось в среднем через $15,6$ лет от начала пылевой экспозиции, т.е. на $6-7$ лет раньше установления диагноза и прекращения контакта с пылью. Клиническая картина ПХОБЛ характеризовалась наличием кашля и одышки. Более половины пациентов наряду с постоянной одышкой отметили периодические приступы удушья. Кашель в большинстве случаев был с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты, примерно у $1/3$ больных – сухой, и отмечался больными как первый симптом заболевания. Кашель характеризовался умеренной интенсивностью, регистрировался преимущественно в течение всего дня – у $63,42 \pm 3,58\%$ респондентов. Персистирующая одышка 1, 2, и 3 ст. по шкале Medical Research Council Dyspnea Scale (MRC) встречалась в $31,73 \pm 3,65\%$, $52,91 \pm 3,89\%$ и $15,36 \pm 2,78\%$ случаев соответственно, нулевая (отсутствие симптома) и четвертая степени (выраженная одышка в покое) не регистрировались. Выраженность бронхообструктивного синдрома по данным спирометрии была следующей: у $49,69\%$ пациентов наблюдалась умеренная бронхиальная обструкция ($50\% \leq \text{ОФВ}_1 \leq 80\%$), в $36,81\%$ характеризовалась выраженным ограничением скорости воздушного потока ($30\% \leq \text{ОФВ}_1 \leq 50\%$), а у 1 человека выявлена крайне тяжелая форма нарушения проходимости бронхов ($\text{ОФВ}_1 \leq 30\%$). В среднем значение ОФВ_1 во всей группе больных было на уровне $57,11\%$ от должных величин. При ПХОБЛ развитие бронхиальной обструкции происходило неравномерно и в большей степени было обусловлено нарушением проходимости мелких бронхов. Значение показателя MEF 75%, отражающего тонус небольших воздухоносных путей, было $54,94\%$ от нормальных

значений, что соответствовало снижению $ОФВ_1$, в то же время, как индекс МЕФ 25%, демонстрирующий функциональное состояние крупных бронхов, был в пределах функциональной нормы 80-100% от должных величин. У 37,58% пациентов диагностировано хроническое легочное сердце (ХЛС) с недостаточностью кровообращения различных функциональных классов. У такого же числа больных выявлена легочная гипертензия (ЛГ) – основной причинный фактор развития правожелудочковой недостаточности и утяжеления состояния пациентов. Обращает на себя внимание, что в большинстве случаев развитие сердечно-сосудистой патологии было результатом прогрессирования профессионального респираторного заболевания, отмечающегося даже после прекращения работы во вредных условиях труда. В то же время у 15,15% ХЛС и (или) ЛГ были верифицированы уже при первичном обследовании в Центре профпатологии, что свидетельствует о позднем выявлении профессиональных заболеваний, на стадии умеренных и выраженных функциональных расстройств – дефекте в работе по организации и проведению медицинских профилактических осмотров.

Выводы. 1. В большинстве случаев формирование ХОБЛ профессиональной этиологии происходит в возрасте 40-50 лет и относится к стажу во вредных по пыли условиях труда 15-20 лет.

2. Первые клинические признаки заболевания чаще всего связаны с появлением сухого или малопродуктивного кашля, что соответствует развитию ирритативной бронхопатии – обратимого патологического состояния. В большинстве случаев ранние клинические признаки профессионального воздействия на дыхательную систему остаются незамеченными при проведении медицинских осмотров работающих, что в дальнейшем при продолжающейся пылевой нагрузке способствует формированию ПХОБЛ.

3. Клиническое течение заболевания связано с формированием бронхо-обструктивного синдрома, наиболее выраженного со стороны мелких бронхов.

4. Неоднородность пылевого фактора и присутствие в составе производственной аэрозоли веществ с токсическими и сенсибилизирующими свойствами может определять некоторую вариативность клинико-инструментальных проявлений болезни по сравнению с непрофессиональной ХОБЛ.

5. Клиническое течение ПХОБЛ часто ассоциировано с нарушениями микроциркуляции в малом круге кровообращения и формированием ЛГ и ХЛС. Значительная частота данных нарушений при профессиональной патологии связана как с склонностью к прогрессированию ПХОБЛ, так и с поздним выявлением заболевания, с развитием структурных изменений в дыхательной и связанной с ней функционально сердечно-сосудистой системах.

Список литературы.

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Клинические рекомендации. – М. – 2021. – 91 с.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis,

Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020 <https://goldcopd.org> / 3. Бабанов С.А. Клинико-иммунологические особенности, факторы риска и прогнозирование течения ХОБЛ в крупном промышленном центре Среднего Поволжья // автореф. дисс. ... на соискание степени докт. мед. наук. Самара, 2008.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ – ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Хлябичев Б.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Впервые симуляционное обучение применялось для отработки управления самолетов Антуанетта в 1909 году. Тренажер сейчас находится в тренировочном центре концерна Эйрбас в Тулузе. Что касается медицинских симуляторов, то известные свидетельства и изделия, дошедшие до наших дней, – это французские родовые фантомы XVIII века. Анжелика де Кюдрэ (Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray, 1712-1789), вошедшая в историю как Мадам дю Кудрэ, рожденная в семье выдающихся медиков, придумала собственную методику симуляционного тренинга повитух с помощью фантома. По ее эскизам была изготовлена «Машина» для демонстрации и отработки родового пособия, впоследствии знаменитая во всей Европе. Аналогичные модели были созданы в Германии, Японии, Англии. С развитием химической промышленности и электроники стали создавать пластиковые манекены с электронным управлением. Норвежский предприниматель Асмунд Лаэрдал, вдохновленный книгой Питера Сафара «ABC of Resuscitation», опубликованной в 1957 г., где подробно изложены основы СЛР, в 1960 г. изготовил первый опытный образец манекена для отработки приемов искусственного дыхания. Поскольку лицо манекена было изготовлено из гипсового слепка лица неизвестной французской девушки, утонувшей в реке Сена в XIX веке, манекен получил торговое название «Ресаски Энн» (англ. Resusci Anne – «Оживленная Анна»). Реаниматологи в шутку называют Ресаски Энн «самой часто целуемой девушкой всех времен».

В 1968 году в университете г. Майами, Флорида, США был сконструирован манекен для отработки навыков диагностики состояния сердечно-сосудистой системы. Его создатель, доктор Майкл Гордон (Michael Gordon), назвал тренажер Харви (Harvey) в честь своего учителя. Модель воспроизводила различные варианты дыхания, пульса, кровяного давления, шумов и тонов сердца, соответствующих 25 различным сердечно-сосудистым патологиям.

Создание в начале 80-х годов математических моделей физиологических процессов сердечно-сосудистой и дыхательной систем стало первым этапом в развитии и создании роботов – пациентов. Одновременно развивалось другое направление симуляционного обучения – стандартизованных пациентов. Роль больных выполняли актеры, впервые данный метод был апробирован на практических занятиях в 1963 году в университете Южной Калифорнии, а в 70-е годы такая практика была внедрена во многих медицинских вузах.

Симуляционное обучение в России основывалось на зарубежном опыте. Впервые информация о таком виде практики появилась в 2002 г. на Съезде эндохирургов, где был представлен виртуальный симулятор ЛапСим. В 2008 году был открыт Казанский центр обучения ВМТ, тогда же появились первые роботы-симуляторы пациента. Сегодня медицинские вузы, в том числе и КГМУ, используют для обучения будущих специалистов симуляторы по самым разнообразным направлениям: манекены-симуляторы для отработки акушерских, гинекологических, неонатологических навыков, а также навыков оказания неотложной помощи, виртуальные симуляторы для отработки практических умений аускультации, симуляционные онлайн системы отработки навыков ЭКГ и прочие.

Актуальность. Современные реалии показали, что любая образовательная организация должна быть готова к проведению практической подготовки при любых обстоятельствах. Пандемия COVID-19 создала условия для изменения в

образовательном процессе, форма обучения «у постели больного» стала недоступна. Классическое медицинское образование не дает возможности демонстрации огромного количества медицинских ситуаций, кроме того, в настоящий момент законодательно не отработан механизм работы обучающегося и пациента. В данных условиях внедрение виртуальных технологий позволяет эффективно продолжать практическую подготовку. Симуляционное обучение – это совокупность методов и оценка уровня освоения компетенций, и оценка практических умений, основанная на реалистичном моделировании, имитации клинической ситуации, для чего могут использоваться биологические, механические, электронные и виртуальные (компьютерные) модели. Симуляционное обучение позволяет обучающимся приобретать и отрабатывать технические, когнитивные, поведенческие навыки. Особенно ценно внедрение симуляций в медицинском образовании.

Цель исследования. Изучить эффективность применения симуляционного обучения у обучающихся 3 курса лечебного и 2-3 курсов педиатрического факультетов по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней».

Материалы и методы. Проведение занятия «Острая ревматическая лихорадка. Симптоматология митральных и аортальных пороков сердца».

Ряд студентов играли роль «стандартизированных пациентов» с данными патологиями. Для изучения аускультативной картины пороков использовался фантом для аускультации. После занятия состоялся дебрифинг с обсуждением ошибок и оценки приобретенного опыта. После проведения занятия обучающиеся ответили на вопросы анкеты об эффективности симуляционного обучения.

Результаты. При анализе анкеты 68% обучающихся отметили, что симуляционное обучение способствует развитию клинического мышления, 90% студентов считают, что данная методика способствует связи теории и практики, 94% указали, что симуляционное обучение уменьшает стрессовые влияния при отработке практических навыков. 100% студентов указали на возможность неоднократного повторения практических навыков на фантоме. 93% обучающихся отметили необходимость проведения в конце занятия дебрифинга.

Выводы. Симуляционное обучение позволяет студентам 2, 3 курсов освоить практические навыки, которые потом без стресса и с меньшим количеством ошибок будут использовать на старших курсах, работая с пациентами.

Виртуальные технологии позволяют довести навыки до автоматизма путем многократного повторения. Дебрифинг повышает эффективность усвоения практических навыков и теоретических знаний и осуществляет обратную связь между обучающимся и преподавателем. Симуляционное обучение, в том числе с использованием «стандартизированного пациента», дает возможность демонстрировать студентам множество клинических ситуаций.

Совокупность классического медицинского образования и симуляционного обучения позволяет совершенствовать систему подготовки кадров и готовить практически подготовленных специалистов.

Список литературы.

1. Полянская Н.А., Гетман Н.А., Павлинова Е.Б., Котенко Е.Н., Савченко О.А. Симуляционное обучение как фактор формирования клинических навыков // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 6.

2. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.

3. Симуляционное обучение как новейший инструмент качественной подготовки будущих врачей-лечебников // Росомед URL: <https://rosomed.ru/theses/780> (дата обращения: 25.10.22).

4. Симуляционное обучение в медицинском образовании// Росомед URL: <https://rosomed.ru/theses/778> (дата обращения: 25.10.22).

5. Хусаинова Г.С., Ткачев В.А., Сулейменова Ш.Б., Омиртаева Б.А. Применение симуляционного образования в учебном процессе // Биология и интегративная медицина. – 2021. – № 6. – С. 420-423.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Шелухина А.Н., Горетая М.О., Дорофеева С.Г.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

В современном мире довольно часто распространены эндокринные заболевания, и с каждым днем количество больных с эндокринопатиями растет.

Пропедевтика – одна из первых дисциплин в обучении будущего врача, при освоении которой студент впервые применяет свои теоретические знания в практической медицине; основа, фундамент, который закладывается для изучения всех заболеваний внутренних органов. Не является исключением и эндокринная система.

Без знаний пропедевтики эндокринных заболеваний невозможно поставить правильный диагноз. Курс пропедевтики эндокринных заболеваний включает в себя опрос больного (сбор жалоб, проведение опроса по системам органов при гормональных нарушениях, правила сбора анамнеза заболевания и жизни с эндокринопатиями), объективное обследование, выявление и анализ основных эндокринных синдромов, изучение лабораторно-инструментальных методов исследования в практической эндокринологии, современные методы лечения и профилактики.

При расспросе больного обращают на себя внимание такие жалобы, как:

- быстрая утомляемость, смена настроения, иногда плаксивость, эмоциональная лабильность, сердцебиение, усиливающееся при физической нагрузке, – эти жалобы характерны для тиреотоксикоза;

- резкая слабость, плохой аппетит, потеря веса, полиурия, сочетающаяся с жалобами на боли в костях, склонность к расшатыванию зубов и частым переломам костей, могут являться признаками гипертиреоза;

- чувство жара, пониженная зябкость (пациенты спят под тонким одеялом или простыней). Есть мнение, что патофизиологической основой данного симптома является повышение обмена веществ (в связи с повышением активности щитовидной железы);

- сонливость, зябкость, апатия, вялость, плохая память, иногда в сочетании с запорами могут подсказать о наличии гипотиреоза (снижение функции щитовидной железы);

- жажда (полидипсия), полиурия, ощущение сухости во рту, изменения аппетита, возникающий зуд кожи часто могут говорить о сахарном диабете;

- выраженная жажда и полиурия могут быть признаками несахарного диабета;

- приступы беспричинного страха, сопровождающиеся ознобом, головной болью, иногда головокружением, тошнотой и рвотой, могут наблюдаться при феохромоцитоме (гормонально-активная опухоль надпочечников);

- потемнение цвета кожных покровов, особенно усиление в местах естественной пигментации, в сочетании с жалобами на слабость, снижение веса, мышечную слабость и утомляемость, боли в мышцах характерно для хронической недостаточности коры надпочечников (Аддисонова болезнь);

- судороги, чаще в мышцах – сгибателях верхних конечностей, появление периодического тризма – судорожного сжатия челюстей и другие формы судорог поперечнополосатой мускулатуры являются признаком гипопаратиреоза;

- прогрессирующая слабость, выраженная утомляемость, сонливость в сочетании с увеличением веса позволяют задуматься об адипозогенитальной дистрофии.

При многих эндокринных заболеваниях диагноз может быть поставлен уже при осмотре пациента, то есть при оценке общего состояния пациента, по выражению лица, по оценке питания (исхудание и ожирение), роста, телосложения, кожных покровов,

изменения со стороны костно-мышечной системы, глазных симптомов, осмотра и пальпации щитовидной железы. К данным заболеваниям относятся:

- ожирение;
- синдром Кушинга;
- акромегалия;
- болезнь Грейвса;
- синдром Тернера;
- болезнь Аддисона.

Для подтверждения диагноза пациенту показано проведение исследования гормонального спектра и инструментальных обследований для определения функционального состояния эндокринных органов.

Таким образом, пропедевтика является неотъемлемой частью диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний, а также позволяет свести до минимума финансовые и временные затраты, а следовательно, оптимизировать их, что особенно ценно и актуально в наше время.

Список литературы.

1. Алмазов В.А., Салимянова А.Г., Шляхто Е.В. [и др.]. Аускультация сердца. – СПб. : Издательство СПбГМУ, 2006. – 228 с.
2. Рябов С.И. Внутренние болезни. – СПб. : СпецЛит, 2000, 2014. – 860 с.
3. Рысс Е.С. Введение в гастроэнтерологию. – СПб. : СпецЛит, 2005. – 174 с.
4. Манджони С. Секреты клинической диагностики: пер. с англ. / под ред. А.В. Струтынского, Ю.П. Гапоненкова – М. : Издательство «БИНОМ», 2004. – 608 с.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ

Лесная Н.П. Мансимова О.В., Конопля Е.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Как писал знаменитый русский историк В.О. Ключевский:
«История – это фонарь в будущее, который светит нам из прошлого».

Курский государственный медицинский институт был основан в 1935 году по постановлению Совета народных комиссаров № 89 от 9 февраля.

Имеются сведения, что еще в XIX веке куряне собрали деньги на постройку университета и направили челобитную царю. Но высочайшая резолюция вынесла вердикт: «Университет нельзя, тюрьму можно!». Тюрьма располагалась на месте главного корпуса и функционировала до 1935 г. В этот период остро стояла проблема врачебных кадров в Курской области, что сдерживало рост лечебной сети и препятствовало доступности для населения квалифицированной медицинской помощи.

Приказ народного комиссара здравоохранения от 7 мая 1935 года гласил: «Приступить к организации медицинского института в г. Курске с приемом на первый курс в 1935 году 250 человек и установить началом занятий 1 сентября 1935 года». Первым директором медицинского института был назначен врач В.И. Дешевой.

И уже в 1937 году была создана кафедра пропедевтики внутренних болезней. К созданию и совершенствованию учебно-научной базы, организации учебно-воспитательного процесса были привлечены опытные специалисты: с 1937 по 1939 гг. кафедрой руководил профессор Н.С. Смирнов, с 1939 по 1941 гг. – профессор И.А. Черногоров. За эти годы были созданы условия для качественной подготовки врачей, оказывалась деятельная помощь практическому здравоохранению.

В послевоенные годы (1946-1950 гг.) кафедру возглавлял Ф.К. Меньшиков, автор 60 научных работ. Под его руководством была проведена большая работа по организации учебного процесса, значительно расширена научно-исследовательская и клиническая деятельность. В последующие годы – 1950-1952 гг. – профессор А.В. Хавкин продолжил большую учебно-педагогическую работу.

Долгое время (с 1952 по 1973 годы) кафедрой руководил профессор М.А. Черкасский, который первым в истории Курского государственного медицинского института получил авторские свидетельства на изобретенные им медицинские аппараты: гастрограф и полимеханограф. Под его руководством научно-исследовательской работой занимались не только сотрудники и аспиранты, но и практические врачи.

За это время защитили кандидатские диссертации Г.В. Трубников, А.А. Племенов, Ю.К. Крамаренко, А.П. Котова, А.С. Афанасьев, С.А. Школьников. В результате были разработаны методы диагностики ранних стадий гипертонической болезни и «сосудистых гиперреакторов». Это позволило применять дифференцированную патогенетическую терапию гипертонической болезни на ранних ее стадиях и прогнозировать возможность перехода «сосудистой гиперреактивности» в гипертоническую болезнь, проводить эффективную профилактику этого заболевания.

С 1973 года кафедрой руководил Ю.К. Крамаренко. Далее с 1975 года – Н.И. Громнацкий, который опубликовал около 600 научных работ, 20 учебных пособий и подготовил 37 кандидатов медицинских наук. Затем, с 1982 года, кафедрой руководил Ф.А. Пятокович, а с 1991 по 1998 годы – С.А. Школьников. Работа кафедры в эти годы была направлена на улучшение организации обслуживания населения.

С 1998 года руководство кафедрой осуществляла Конопля Евгения Никитична. За этот период заметно повысился уровень учебно-воспитательной и научно-

исследовательской работы. Наряду с традиционными методами подготовки студентов была проделана немалая работа по совершенствованию преподавания и внедрению в учебный процесс элементов проблемного обучения. Российской Академией естествознания кафедре пропедевтики внутренних болезней присвоено звание «Золотая кафедра России».

С 2022 года кафедру возглавляет кандидат медицинских наук О.В. Мансимова, под руководством которой продолжается работа по научной организации учебного процесса с внедрением инновационных технологий, повышению качества подготовки врачей, продолжается и совершенствуется совместная работа с органами практического здравоохранения.

Список литературы.

1. Малахов В.П., Полин Е.Л. Варианты интеграций учебной и научной работы в вузе // Вестник высшей школы – 1988. – № 9. – С. 19-21.
2. Матушкин Н., Гитман М., Столбов В., Гитман Е. Подготовка кадров высшей квалификации: некоторые интеграционные механизмы // Высш. образование в России. – 2007. – № 1. – С. 119-127.
3. НИРС как составляющая системы формирования компетенций специалиста. Н. Матушкин, И. Столбова, Т. Ульрих // Alma mater.
4. Вестник высшей школы. – 2007. № 5. – С. 3-7.
5. Организация научно-исследовательской деятельности студента в вузах России: Монография. В 3-х ч. Ч. 2. Методическое обеспечение и регламентация научно-исследовательской деятельности студентов в вузах / Балашов В.В., Лагунов Г.В., Малюгина И.В и др. Под ред. В.В. Балашова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГУУ. – 2002. – 344 с.
6. Сипайлов Г.А., Горбунова М.А., Иванова Г.М. Организованно-методические основы НИРС в вузе // Вестн. Высш. Шк. – 1986. – № 8 – С. 38-42.
7. Ищенко В., Сазонова З. Интегрализация образования, науки производства. Опыт практического решения // Высшее образование в России. – 2006. – № 10. – С. 23-31.

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ЭПОХУ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Никеенко С.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. В условиях пандемии использование технологий дистанционного обучения стало необходимой мерой. Замещение лекций и практических занятий online аналогами, введение современных изменений в системе среднего и высшего образования существенно влияют на вектор развития науки. SARS-CoV-2 бесповоротно изменила систему образования, и не только медицинских вузов. Медицинское обучение никогда не было заочным, дистанционный формат не рассматривался вообще, ведь необходим непосредственный контакт преподавателя и студента, студента и пациента. Обратная связь очень важна для обеих сторон образовательного процесса. Для освоения пропедевтики внутренних болезней крайне необходимы отработка навыков общения с пациентом и практическое применение методик объективного обследования. Без закрепления навыков полученные знания утрачиваются, так и не прижившись у будущих специалистов. Именно в период обучения во время занятий студенту важно соотнести результаты исследования: осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации больного с теоретическими знаниями, полученными как на предыдущих и параллельных курсах обучения, так и на пропедевтике, в результате чего студенты должны получить правильно сформированную компетенцию физикального обследования больного. Если же обучающимся не предоставляется возможность увидеть, услышать, пропальпировать пациента, выявить норму и патологию, то формирование этой компетенции под большим вопросом или же вообще невозможно. В процессе изучения дисциплины должны быть задействованы все органы чувств. «Сладкий запах печеночного яблока» при печеночной коме, притупление перкуторного звука, шум крепитации легких, пальпация плотных отеков при сердечной недостаточности и несчетное количество других симптомов никак нельзя передать без контакта с пациентом. Проблема очевидна – действительно ли возможно изучение пропедевтики с использованием только дистанционной формы обучения?

Цель исследования. Проанализировать эффективность дистанционного формата обучения пропедевтике внутренних болезней и сделать вывод о целесообразности его использования.

Материалы исследования. Данная работа выполнена на основе анализа библиографических источников, включающих результаты опроса и статистики среди студентов медицинских университетов.

Результаты. Для сравнения эффективности работы в очном формате и дистанционном используются результаты исследования М.С. Дубининой и Ю.В. Прокофьевой «Изучение эффективности практико-ориентированного метода преподавания пропедевтики внутренних болезней в рамках дистанционного обучения». Проводилось исследование успеваемости 4 исследуемых учебных групп. В исследовании для оценки эффективности используемого практико-ориентированного метода изучения пропедевтики внутренних болезней в условиях дистанционного обучения приняли участие 56 студентов КГМУ, составляющие 4 учебные группы 3 курса отделения лечебного факультета, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки. На основе данной работы можно сделать вывод о том, что использование практики повышает качество результатов, так как средняя величина оценочного балла у студентов группы с использованием системы Moodle составляет 3,9. Средняя величина оценочного балла у студентов, занимающихся с использованием

практико-ориентированного метода, 4,2 [1]. Это обусловлено тем, что при включении практики в процесс обучения происходит запоминание наглядного, осязаемого и ощущаемого другими органами чувств материала. Это и включает возможность использования памяти не только зрительной и словесной, но и, например, обонятельной, слуховой и других видов памяти. Также при анализе источников, содержащих анкетирование студентов [2], можно подчеркнуть, что сами студенты не приветствуют использование дистанционных технологий (94% в рамках исследования). В статье О.В. Лисовского, А.В. Гостимского, И.В. Карпатского, И.А. Лисицы, Ю.В. Кузнецовой, А.Н. Завьяловой использование технологий дистанционного обучения в медицинском вузе считают возможным 60 респондентов (84,5%). Из них часть студентов (53,5%) предложили ограничить использование онлайн-технологий теоретическими предметами [3]. Разумеется, ведь при дистанционном формате невозможны отработка практических навыков и осуществление контакта с пациентом, что крайне важно в работе врача.

В настоящее время Курский государственный медицинский университет находится на очной форме обучения, что только способствует повышению эффективности работы студентов и улучшению образовательного процесса, тем более на кафедрах клинических дисциплин. Это поможет в полном объеме охватить практическую часть программы, которая является важной для будущего врача.

Выводы. Таким образом, в эпоху глобального информационного и образовательного пространства, при возрастающем значении информационных технологий, дистанционная форма обучения дает возможности для приобретения качественного профессионального образования. Весьма эффективным методом повышения академической успеваемости является совмещение дистанционных технологий для самообучения и традиционных занятий [6]. Однако из педагогического процесса исключена его «живая» диалогичность, которая формируется и развивается на семинарах, диспутах, круглых столах, при решении ситуационных задач и пр., то есть в результате нивелируется воспитательная составляющая образования. Ее наличие исключительно важно для формирования личности будущего врача, который призван оказывать не только медицинские услуги, но и медицинскую помощь людям [4]. Обучение будущего врача практическим навыкам требует традиционного очного контакта с преподавателем у постели больного. Студенты, обучавшиеся на пропедевтике в период пандемии, вынуждены «играть сонаты без освоения гамм» [5].

Список литературы.

1. Дубинина, М.С. Изучение эффективности практико-ориентированного метода преподавания пропедевтики внутренних болезней в рамках дистанционного обучения / М.С. Дубинина, Ю.В. Прокофьева // Наука и образование: актуальные вопросы теории и практики : материалы Международной научно-методической конференции, Оренбург, 23 марта 2021 года / Оренбургский институт путей сообщения. – Оренбург: Оренбургский институт путей сообщения – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный университет путей сообщения» 2021. – С. 690-693.

2. Коняшин, Д.А. Отношение учащихся к обучению с использованием дистанционных технологий при изучении курса пропедевтики внутренних болезней в условиях COVID-19 / Д.А. Коняшин // Студент года 2021 : Сборник статей Международного учебно-исследовательского конкурса в 6-ти частях, Петрозаводск, 19 мая 2021 года. Том Часть 3. – Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука», 2021. – С. 160-165.

3. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Карпатский И.В., Лисица И.А., Кузнецова Ю.В., Завьялова А.Н. Перспективы дистанционного обучения при формировании профессиональных компетенций в медицинском вузе // *Виртуальные технологии в медицине*. – 2020. – № 3 (25). – С. 101-102.

4. Логинова, Н.С. Дистанционное обучение: проблемы и варианты их решения (на примере обобщения опыта дистанционного обучения в АГМУ) / Н.С. Логинова, А.Ю. Бендрикова, С.И. Дегтярев // *Межкультурная коммуникация в образовании и медицине*. – 2021. – № 3. – С. 6-19.

5. Николаева, Т.О. Особенности преподавания пропедевтики в условиях дистанционного обучения / Т.О. Николаева, А.А. Седова, Ю.С. Апенченко // *Проблемы и перспективы использования дистанционных образовательных технологий в медицинском вузе : Материалы межрегиональной научно-методической конференции, Тверь, 28 октября 2020 года / Редколлегия: И.Ю. Колесникова [и др.]*. – Тверь: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 132-134.

6. Сериков, В.С. Дистанционное и традиционное обучение в медицинском университете: сравнение студентов-медиков и студентов-стоматологов / В.С. Сериков // *Балтийский гуманитарный журнал*. – 2021. – Т. 10. – № 2 (35). – С. 158-160.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ НОВОВВЕДЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ

Бендас Ю.А., Уломская С.В., Родионова В.С., Петрова Л.И., Шебан А.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность: в подготовке любого врача необходимы практические навыки для закрепления материала и его оттачивания. В КГМУ на кафедре пропедевтики внутренних болезней помимо объяснительно-иллюстрированного хода занятий большое внимание уделяется практическим навыкам. В свою очередь их оттачивание производится на студентах или симуляционном оборудовании, потому что материал запоминается лучше наглядно. Поэтому для кафедры большое значение играют наличие и разнообразие максимально приближенных к реальности симуляторов. Следовательно, симуляционное оборудование необходимо в образовательном процессе для будущего врача.

Цель исследования: анализ внедрения инновационных технологий в процесс обучения как практическая составляющая подготовки.

Материалы и методы: проанализирован опыт работы на кафедре пропедевтики внутренних болезней.

Результаты: симуляционное образование – часть профессиональной подготовки, направленная на освоение различных профессиональных навыков, компетенций, в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Задачами симуляционного нововведения являются:

1. Формирование у обучающихся стойких профессиональных навыков, умений.
2. Интеграция симуляционного обучения в действующую систему профессионального образования на всех уровнях.
3. Интенсивная организация учебного процесса, модульное построение программ симуляционного обучения.
4. Разработка и внедрение единой системы оценки результатов симуляционного обучения.

Существуют уровни реалистичности симуляционного оборудования:

- 1) визуально-вербальный – формирует визуальное представление и понимание последовательности выполнения манипуляции (плакаты, схемы, модели);
- 2) тактильный – позволяет отработать простейшие мануальные навыки и приобрести базовый практический опыт;
- 3) реактивный – отработка более сложных навыков;
- 4) автоматизированный – позволяет провести полный сбор анамнеза, научиться выполнять различные лечебные мероприятия;
- 5) аппаратный – производится с настоящим медицинским оборудованием для оттачивания эргономики и точной последовательности действий;
- 6) интерактивный – взаимодействие студента с роботом-симулятором позволяет расширить клинические сценарии и научиться ориентироваться в данных ситуациях;
- 7) интегрированный – позволяет отработать сложные поведенческие реакции и привыкнуть к работе в команде (виртуальная гибридная операционная). На различных кафедрах в процессе обучения студента, а также контроля усвоения практического материала используются различные симуляционные нововведения, такие как: фантом, манекен, муляж, тренажер, симулятор, статист (непрофессиональный актер, создающий иллюзию какого-либо заболевания).

С недавних пор в Курском государственном медицинском университете открылась «Виртуальная клиника», в которой есть все вышеперечисленное симуляционное оборудование.

Функции «Виртуальной клиники»:

- обеспечение организационно-технического сопровождения деятельности аккредитационных комиссий (подкомиссий);
 - формирование материально-технического оснащения помещений для проведения первичной и первичной специализированной аккредитации специалистов;
 - информационное сопровождение проведения первичной и первичной специализированной аккредитации специалистов;
 - методическая и консультативная поддержка работ по внедрению методов СО путем участия в подготовке и реализации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования, рабочих программ дисциплин (модулей), изучение, обобщение и распространение передового педагогического опыта;
 - проведение практических занятий и занятий лекционного типа при реализации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования, а также других видов образовательной деятельности с использованием СО.
- Обеспечение условий для формирования и совершенствования профессиональных компетенций обучающихся в университете по вопросам практической подготовки:
- совершенствование форм и методов образовательного процесса для повышения качества подготовки обучающихся;
 - проведение занятий лекционного типа, тренингов, практических занятий, а также других видов образовательной деятельности с использованием симуляционных технологий;
 - участие в проведении учебной и производственной практики, а также внеаудиторной (самостоятельной) работе обучающихся;
 - проведение консультаций и тренингов для обучающихся, участвующих в конкурсах и олимпиадах с использованием симуляционного оборудования;
 - участие в проведении зачетов, экзаменов, государственной итоговой аттестации, аккредитации специалистов.

Помимо всего перечисленного симуляционное образование показало свою значимость и необходимость в годы пандемии COVID-19. В такое нелегкое время студентам было затруднительно практиковаться на пациентах и в принципе присутствовать в больнице, поэтому симуляционное обучение оказалось наилучшим вариантом, так как оно позволило обучающимся практиковаться и укреплять знания без риска для своего здоровья. Также хотелось бы отметить следующие преимущества:

- возможность детального разбора медицинских вмешательств;
- приобретение профессиональных навыков без риска для пациентов;
- возможность многократного повтора отдельных манипуляций;
- оттачивание умений работы в команде;
- объективная оценка выполнения манипуляций;
- исчерпывание страха при первых самостоятельных манипуляциях.

Выводы: таким образом, применение симуляционного оборудования на занятиях по пропедевтике внутренних болезней позволяет в дополнение к традиционным занятиям качественно отрабатывать практические навыки у студентов. Мультипрофильность симуляционных аппаратов позволяет сократить затраты на закупку, содержание и техническое обслуживание дорогостоящего оборудования, а также потребность в большом количестве помещений, поскольку в одних и тех же по расписанию занятиях преподаются разные навыки. Неограниченное число возможных повторов тренируемого навыка с возможностью работы над ошибками. Очевидно, что подготовка специалистов,

ответственных за жизнь и здоровье людей, в современном мире не может обойтись без симуляционного компонента.

Список литературы.

1. Брусиловский ЕС. Из бесед с Николаем Дмитриевичем Стражеско. Сибирское медицинское обозрение. 2013;(1):93-98.

2. Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А. Самостоятельная работа студентов на кафедре пропедевтики внутренних болезней – важная часть учебно-образовательного процесса. Терапевтический архив. 2014;86(10):82-86.

3. Симуляционное обучение как новейший инструмент качественной подготовки будущих врачей-лечебников // Росомед URL: <https://rosomed.ru/theses/780> (дата обращения: 25.10.22).

4. Шимохина Н.Ю., Харьков Е.И., Таптыгина Е.В., Балашова Н.А. Возможности повышения объективности оценки выполнения практических навыков на экзамене по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» // Сибирское медицинское обозрение. – 2020. – № 1. – С. 55-59.

5. Роль симуляционного обучения в формировании профессиональной мотивации у абитуриентов медицинского вуза // Росомед URL: <https://rosomed.ru/theses/791> (дата обращения: 25.10.22).

6. Симуляционное обучение в медицинском образовании// Росомед URL: <https://rosomed.ru/theses/778> (дата обращения: 25.10.22).

7. Хусаинова Г.С., Ткачев В.А., Сулейменова Ш.Б., Омиртаева Б.А. Применение симуляционного образования в учебном процессе // Биология и интегративная медицина. – 2021. – № 6. – С. 420-423.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАГЛЯДНЫХ УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

Савельева Ю.Е., Родионова В.С., Петрова Л.И., Шебан А.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Основная трудность, с которой сталкиваются студенты при изучении пропедевтики внутренних болезней, – это большой объем новой информации, необходимой для восприятия и осмысления. Несмотря на это, каждый обучающийся должен располагать базовым владением материала для формирования необходимых компетенций, необходимых для будущей профессии врача.

При изучении пропедевтики внутренних болезней студент должен не допустить неравномерного изучения материала: необходимо полноценное усвоение как теоретической основы, так и практических навыков. Зачастую теоретическая часть опережает практику, это заметно ухудшает качество образовательного процесса и влияет на понимание важности дисциплины для будущей профессиональной деятельности.

Цель исследования – выяснить практическую значимость наглядных пособий для формирования полноценного понимания изучаемого материала, оценить результативность данного метода и доказать эффективность использования наглядных пособий на кафедре пропедевтики внутренних болезней КГМУ.

Материалы и методы. Работа составлена на основе анализа, обобщения, интерпретации информации из изученных источников научной литературы, статистических данных, практических пособий, на основе которых проведено исследование значимости наглядных пособий для подготовки к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней.

Результаты. Необходимо отметить, что в рамках требований программы ФГОС 3+ обучающимся 2021-2022 гг. при подготовке к практическим занятиям необходимо использование лекционного материала, учебной литературы, а также рекомендовано уделить время для просмотра образовательных видеороликов, связанных с демонстрацией применения практических навыков работы с пациентами, а также повторить темы, вызвавшие наибольшие затруднения.

Следовательно, качественная подготовка студента 3 курса состоит из нескольких ключевых методов: теоретического, практического и наглядного. Последний включает использование двух основных аспектов: иллюстраций и демонстрации.

Принцип наглядности обучения был сформулирован Яном Амосом Коменским и понимался им как отражение необходимости привлечения всех органов чувств обучаемого для восприятия предмета изучения. Основоположник научной педагогики, К.Д. Ушинский отвел особое место наглядному обучению и считал крайне необходимым непосредственное восприятие предмета обучаемым, основанное на том, чтобы «...ощущения учащегося превращались в понятия, из понятий составлялась мысль, и мысль облекалась в слово». На практических занятиях по пропедевтике внутренних болезней эта мысль должна облекаться не только в словесную форму, но и в конкретное действие, необходимое для формирования практических навыков.

Иллюстративный материал представлен таблицами, схемами, рисунками и т.д. Например, учебные пособия под редакцией О.В. Синяченко, А.Н. Куликова, С.Н. Шуленина, А.В. Струтынского и др.

Демонстрационный материал состоит из видеоряда, презентаций, аудиофайлов, размещенных на платформе Moodle. Видеоролики и аудиодорожки могут способствовать обучению, дополняя практические занятия, а также самостоятельную подготовку студентов. С помощью видеороликов наглядно дополнен материал по темам пальпации,

перкуссии, аускультации легких, крупных сосудов, области сердца, органов брюшной полости и т.д. Аудиофайлы облегчают восприятие обучающимся основных звуковых исследований в пропедевтике внутренних болезней, например, основных и побочных дыхательных шумов, шумов сердца, изменения тонов сердца и т.д.

Вышеперечисленные методы обучения воздействуют на компоненты мыслительной деятельности: элементы чувственного и рационального познания. Чувственное познание представлено в виде наглядных образов восприятия и представлений. Рациональное мышление оперирует понятиями, суждениями, умозаключениями, знаками и символами (формализованные методы). Проблема оптимального соотношения этих компонентов, особенно в процессе обучения, не утратила своей актуальности и в настоящее время.

Какую же роль играют образы, созданные в результате использования средств наглядности в мыслительной деятельности?

Одним из главных назначений наглядности в процессе обучения является выделение существенной информации, представленной в виде образов.

1. Первая функция. Наглядность должна служить средством формирования компонентов мыслительной деятельности в форме образов, развития умений оперировать ими и включать их в более сложные структуры мышления. Например, при разборе студентом симптомов заболеваний с помощью наглядных пособий и формирования у себя полноценного представления о каждом из них обучающийся облегчит себе понимание сложных синдромов различных заболеваний.

Эти элементы мысли, включенные в сложные структуры мыслительных образований, позволяют усилить гибкость мышления, повысить плотность передаваемой информации и постоянно контролировать ее объективность.

2. Вторая функция основана на том, что наглядность должна использоваться как средство активизации мыслительной деятельности учащихся при восприятии и обработке информации в процессе познания, в частности, для вычленения важной информации и акцентирования внимания на сложных темах. Следовательно, темы, вызывающие наибольшее затруднение, должны быть разобраны с помощью наглядных пособий, чтобы повысить качество усвоения материала. Например, среди важных и сложных для усвоения тем в пропедевтике внутренних болезней можно отметить расшифровку ЭКГ, разбор которой подробно представлен в рекомендованном наглядном пособии А.В. Струтынского.

Если выполнение первой функции создает условие для осуществления процесса познания, то реализация второй функции наглядности должна обеспечить продуктивность этого процесса.

Со времен учений Я.А. Коменского XVII века прошло много времени, технологии процесса обучения шагнули далеко вперед. Последними инновациями в области преподавания во всем мире стало внедрение виртуальной реальности, которая позволит получать ощущения, ничем не отличающиеся от ощущений реального мира. В виртуальной реальности задействованы все органы чувств сенсорной системы человека. С. Уолтер провел исследование, целью которого стала оценка значимости дидактического потенциала виртуальной реальности для студентов медицинских вузов. Он заметил низкие показатели степени принятия студентами виртуальной реальности в качестве инструмента для текущего и будущего обучения. Однако после того, как студентам была предложена возможность воспользоваться технологией виртуальной реальности, большинство из них изменили свою позицию. Сейчас это перспективное направление активно разрабатывается, например, фармацевтическая компания «AbbVie» на одной из медицинских выставок предоставила участникам мероприятия возможность

прочувствовать повседневное состояние пациента с болезнью Паркинсона. Надев гарнитуру, участники могли воочию увидеть, как больной Паркинсоном перемещается по виртуальному супермаркету, сталкиваясь с неловкими моментами при контакте с другими людьми. Таким образом, в пропедевтике внутренних болезней можно предлагать студентам наглядно изучать синдромы заболеваний различных систем органов с помощью «виртуальных пациентов».

Но парадоксальность ситуации заключается в том, что чем больше возможностей использования наглядных пособий в различных интерпретациях, тем более сложный выбор их сочетания стоит перед преподавателем и студентом, поэтому возникают трудности с реализацией принципа наглядности на практике. Следовательно, необходимо проанализировать современные взгляды на процесс развития мыслительной деятельности учащихся с позиции оптимального соотношения чувственных и рациональных элементов познания. На эту тему Л. Мохан вместе со своими коллегами проводила исследование, с помощью которого выяснила, что студенты предпочитают визуальный способ подачи информации вербальному, а также использование аудиовизуальных средств во время дидактических лекций.

Выводы. Использование наглядных пособий на практических занятиях по пропедевтике внутренних болезней способствует успешному усвоению и закреплению новой темы студентами. Их многочисленные вариации при гармоничном сочетании формируют полноценные компетенции у обучающихся, способствуют успешной интеграции и синтезу изученного материала, а также акцентируют внимание на важном и помогают в усвоении сложных тем. Древний метод наглядности является актуальным по сей день, значительно повышает эффективность изучения предмета, поэтому активно используется на кафедре в процессе обучения такой основополагающей медицинской дисциплине, как пропедевтика внутренних болезней.

Список литературы.

1. Активные и интерактивные образовательные технологии (формы проведения занятий) в высшей школе: учеб. пособие / сост. Т.Г. Мухина. – Н. Новгород: ННГАСУ, 2013. – 97 с.
2. Зеленский М.М., Рева С.А., Шадеркина А.И. Виртуальная реальность (vr) в клинической медицине: международный и российский опыт [Электронный ресурс] // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 7-19.
3. Малахова Ф.А. Использование наглядных методов на занятиях по дисциплине «Анатомия и физиология человека» [Электронный ресурс] // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». 2019. № XII. – С. 36-38.
4. Пропедевтика внутренних болезней в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. А.Н. Куликова, С.Н. Шуленина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
5. Синяченко О.В., Игнатенко Г.А. Пропедевтика внутренних болезней: Учебное пособие. – 2 издание. – Донецк: Донеччина, 2004. – 555 с. – илл. 481.
6. Скептицизм в отношении продвижения технологий виртуальной реальности – принятие студентами виртуальной реальности в качестве инструмента обучения и оценки в медицине [Электронный ресурс] / Уолтер С., Шпейдель Р., Ханн А. и др. – GMS J Med Education, 2021. – 38(6).
7. Струтынский А.В. Электрокардиограмма: анализ и интерпретация / А.В. Струтынский. – 18-е изд. – М. : МЕДпресс информ, 2016. – 224 с.

8. Сукач М.С., Осадчук О.Л. Использование наглядных методов обучения в медицинском вузе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4-2. – С. 442-445.
9. Усольцев А.П., Шамало Т.Н. Наглядность и ее функции в обучении [Электронный ресурс] // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 6. – С. 102-109.
10. Students' attitudes towards the use of audiovisual aids during didactic lectures in pharmacology [Электронный ресурс] / Mohan, Lalit, Shankar, P Ravi, Kamath, Ashwin, Ms, Manish, Br, Eesha. – Journal of Clinical and Diagnostic Research. 4, 2010.

ПЕРКУССИЯ: ОТ ПЕРВОГО УДАРА ДО ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Нечаева Е.М., Нарчук В.И., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Перкуссия – один из древнейших и основных методов объективного обследования больного, в основе которого лежит выстукивание участков тела и определение по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных под перкутируемым местом органов и тканей. С помощью этого метода оцениваются их плотность, воздушность и эластичность. В настоящее время овладение техникой проведения перкуссии является обязательным навыком во врачебной деятельности. Обучение данному методу происходит на 2-3 курсах медицинских университетов на кафедре пропедевтики внутренних болезней. Использование данного метода в практике позволяет определить размеры органов, границы, плотность, уплотнения и наличие газа или жидкости в органах и полостях. Метод является очень важным в диагностике пациента и позволяет на первых этапах обследования выявить ту или иную патологию, подтверждением этого будет изменение перкуторного звука.

С каждым годом наблюдается значительный рост заболеваний органов дыхания, и одним из методов диагностики таких болезней, как гидроторакс, абсцесс, туберкулез, опухоль и других, является перкуссия. По данным журнала «Пульмонология», в период с 2015 по 2019 г. отмечался рост заболеваемости населения страны таким социально значимым заболеванием, как пневмония: в 2015 году показатель заболеваемости в расчете на 100 тыс. составлял 406,6, в 2018 г. – 514,6, в 2019 г. – 524,4 случая (769 691) на 100 тыс. В структуре общей заболеваемости отдельными болезнями органов дыхания в 2019 г. ведущее место занимали острый ларингит и трахеит (2 416,4) и пневмонии (524,4) на 100 тыс. Среди хронических болезней органов дыхания в 2019 г. среди населения были наиболее распространены хронический и неуточненный бронхит и эмфизема легких – 1 159,7 случая, бронхиальная астма – 1 085,0 случаев, хроническая обструктивная болезнь легких и бронхоэктатическая болезнь – 564,2 случая, а также интерстициальные, гнойные легочные болезни и болезни плевры – 26,4 случая на 100 тыс.

Цель исследования: изучить историю перкуссии, проанализировав различные источники; изучить перкуссию легких и диагностику различных заболеваний посредством перкуссии; предоставить статистику заболеваний дыхательной системы.

Материалы и методы. Анализ литературных данных.

Результаты. Первые упоминания о перкуссии были еще в 460-377 годах до нашей эры, когда Гиппократ методом постукивания выявлял наличие жидкости или газа в брюшной полости. Но этот метод объективного обследования был забыт вплоть до 1761 года. Тогда венский врач Л. Ауэнбруггер дал основу метода перкуссии как самостоятельного метода оценки состояния пациента и изложил это в книге «Новый способ, как при помощи выстукивания грудной клетки человека обнаружить скрытые внутри груди болезни». В ней он рассказал технику перкуссии пальцами – три пальца, большой, указательный и средний, сложенных в виде пирамиды, которую изучал около 7 лет. Но метод был не оценен и особой популярности не обрел, поскольку возникали посторонние шумы, которые появлялись от соприкосновения перкутирующей руки с обнаженной поверхностью тела. Спустя 47 лет в 1808 году профессор парижского университета Жан-Николя Корвизар, изучив и дополнив работу Л. Ауэнбруггера, внедрил в практическую медицину метод перкуссии. Что и послужило началом современного этапа в развитии перкуссии и появления прямой, непосредственной перкуссии. Для

облегчения техники перкуссии и получения точных результатов Пиорри Пьер Адольф предложил новую методику – постукивание кончиками пальцев правой руки (сложенными по Ауэнбруггеру) по пальцу левой руки, приложенной к исследуемой части тела. В 1826 году он ввел в практику для получения точного перкуторного звука плессиметр – тонкую овальную пластинку из слоновой кости, по которой необходимо было постукивать пальцем. Таким образом возникла посредственная перкуссия. Позже в 1846 году Винтрих ввел в практику перкуSSIONный молоточек, которым необходимо было стучать по плессиметру. Такая перкуссия стала называться инструментальной.

В 1835 году русский терапевт Григорий Иванович Сокольский предложил новый метод перкуссии – бимануальную. Способ заключался в том, что плессиметром служили пальцы левой руки, а молоточком – 2-3 пальца правой руки. Пальце-пальцевая перкуссия – общепризнанный метод перкуссии, предложенный Герхардом и сохранившийся до наших дней. Метод позволяет удобно и легко произвести перкуссию: плессиметром служит средний палец левой руки, приложенной ладонной поверхностью к перкутируемому месту, для удара используют средний палец правой руки, который должен быть согнут; на перкутируемое место должно наноситься 2-3 удара.

Вследствие чего выделяют перкуссию:

- по способу: непосредственную и опосредованную;
- по цели: глубокая (громкая) и поверхностная (тихая);
- по методу: сравнительная и топографическая.

Перкуссия легких. Целью ее является оценка функционального состояния легких и диагностика заболеваний органов дыхания. Для выявления патологических изменений применяется топографическая и сравнительная перкуссия. Топографическая перкуссия используется для определения нижних границ легких, подвижности нижнего легочного края и выполняется по следующим топографическим линиям: парастернальная, срединно-ключичная, передняя подмышечная, средняя подмышечная, задняя подмышечная, лопаточная, паравертебральная. Перкуссию проводят тихую, по ребрам и межреберьям. В норме нижняя граница правого легкого: парастернальная-верхний край – 6 ребро, срединно-ключичная – 6 ребро, передняя подмышечная – 7 ребро, средняя подмышечная – 8 ребро, задняя подмышечная – 9 ребро, лопаточная – 10 ребро, паравертебральная – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка; левого легкого: парастернальная – 4 ребро, срединно-ключичная – 6 ребро, передняя подмышечная – 7 ребро, средняя подмышечная – 8 ребро, задняя подмышечная – 9 ребро, лопаточная – 10 ребро, паравертебральная – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Сравнительная перкуссия выполняется для выявления патологического очага в легких или плевральной полости путем сравнения перкуторного звука в симметричных участках грудной клетки. Перкуссия выполняется по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки в строго симметричных участках и используется громкая или средняя сила перкуторного удара. При проведении данной перкуссии пациент должен спокойно и глубоко дышать. Вначале перкутируют надключичные ямки, ключицу, подключичные ямки, затем параллельно ребрам в межреберных промежутках по окологрудинным и срединно-ключичным линиям сравнительную перкуссию с обеих сторон проводят до уровня III ребра, далее только справа. После выполняют перкуссию по подмышечным линиям, больной должен поднять руки вверх и заложить ладони за голову. Перкуссию начинают из глубины подмышечной ямки, после идут по ходу межреберий и перкуссию проводят по всем трем подмышечным линиям. При перкуссии задней поверхности грудной клетки больной скрещивает руки на груди, голову слегка наклоняет вперед.

Сзади вначале перкутируют надлопаточные области, затем межлопаточные и после подлопаточные области, изменяя при этом положение пальца плессиметра. В норме выслушивается ясный легочный тон, но следует помнить о возможных физиологических изменениях перкуторного звука. Такое будет наблюдаться при уменьшенной воздушности правого легкого вследствие более короткого правого верхнего бронха; из-за близко расположенной печени в нижней подмышечной области; из-за газового пузыря в желудке в нижней доле по передней подмышечной линии. Помимо физиологических изменений перкуторного звука, возможны и патологические, вызванные нарушением состояния легких и плевры. К таким изменениям перкуторного звука относятся:

- притупление – возникает при уменьшении воздушности легочной ткани и появлении плотных участков. Такие изменения указывают на наличие у пациента: сегментарной пневмонии, пневмосклероза, опухоли легкого, плевральных спаек и шварт;

- тупой – наблюдается при наличии в полости легкого или плевры какой-либо жидкости. Данный звук будет указывать, что больной имеет пневмококковую пневмонию, синдром гидроторакса, абсцесс, туберкулез;

- притупленно-тимпанический – определяется при уплотнении легочной ткани, одновременно имеется небольшое количество воздуха. Такое изменение будет свидетельствовать о пневмосклерозе, долевой пневмонии, компрессионном ателектазе;

- тимпанический – будет свидетельствовать о скоплении воздуха в плевральной полости, и проявляется это при пневмотораксе, туберкулезной каверне, бронхоэктазах больших размеров;

- коробочный – возникает при увеличении воздушности легочной ткани и одновременным снижением эластичности альвеол – наблюдается при эмфиземе легких и бронхиальной обструкции.

Выводы. Перкуссия – один из методов диагностики заболеваний органов и полостей. С помощью данного метода на раннем этапе диагностики пациента – при общем осмотре – можно выявить наличие той или иной патологии. Метод очень важен и должен обязательно использоваться во врачебной практике и не терять актуальности.

Список литературы.

1. http://vmede.org/sait/?page=3&id=Terapija_vrach_met_isled_2006&menu=Terapija_vrach_met_isled_2006&ysclid=I9vsz3ht2j172881795

2. Пропедевтика внутренних болезней: учебное пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического факультетов / М.А. Лис, Ю.Т. Солоненко, К.Н. Соколов – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 530 с.

3. Щукин Ю.В., Дьячков В.А., Рябов А.Е. Пропедевтика внутренних болезней: методы исследования пациента : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям: 060101 65 – Лечебное дело, 060103 65 – Педиатрия.

4. А.И. Бушманов. «Пальпация, перкуссия, аускультация» (Под ред. проф. Ю.А. Храмова). Новосибирск, 1996.

5. Щукин Ю.В., Дьячков В.А. Порядок выполнения основных практических навыков при обследовании терапевтического пациента : учебное пособие для студентов по специальности «Лечебное дело». Самара : ООО «Издательство Ас Гард», 2014. – 106 с.

6. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. 2018. Доступно на: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=10145

АУСКУЛЬТАЦИЯ: ОТ ПРОШЛОГО К НАСТОЯЩЕМУ

Нарчук В.И., Нечаева Е.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Аннотация: в настоящем обзоре хотелось бы описать историю открытия одного из старейших диагностических методов – аускультации. Без внимания не останутся основные принципы и правила этой методики, которые спустя сотни лет не потеряли своего клинического значения.

Цель исследования: изучить историю и технику аускультации и в очередной раз убедиться в ее значимости при диагностике различных заболеваний.

Материалы и методы: ретроспективный анализ литературных данных.

Результаты: для начала необходимо познакомиться с самим термином, о котором будет рассказано в данной статье. Аускультация – метод исследования внутренних органов, который основан на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью. Впервые с помощью этого метода выслушали шум трения плевры, влажные хрипы в легких еще во времена Гиппократов. Сердце с помощью аускультации удалось выслушать Аретейо во 2 веке до нашей эры. Современная аускультация пришла к нам как диагностический метод благодаря Рене Лаэннеку. Он в 1819 году описал технику и основные принципы аускультации, настаивая на ее клинической ценности. Вместе с тем в своих трудах ученый осветил историю открытия фонендоскопа. Рене Лаэннек описал и дал обозначения почти всех аускультативных феноменов, таких как везикулярное, бронхиальное дыхание, крепитация, шумы. Именно благодаря аускультации диагностируются многие болезни легких и сердца. В России аускультация стала известна благодаря профессору Петербургской медико-хирургической академии П.А. Чураковскому. Он в 1829 году написал труд о данном методе диагностики. Именно Прохор Алексеевич впервые использовал стетоскоп для диагностики болезней органов грудной клетки. Внешне этот прибор имеет вид длинного провода, на одном конце которого находится воронка, а на другом – оливы. Односторонняя головка во время аускультации должна плотно прилегать к коже в выслушиваемом месте, это имеет значение для выслушивания низкочастотных звуков. От головки отходит звукопровод, по которому звук через металлические дужки направляется к оливам, которые вставляют в наружный слуховой проход. Эта конструкция позволяет создать герметичность для проведения низкочастотного звука. В дальнейшем развитие аускультации было связано с развитием фонографии. Впервые в 1894 году была осуществлена звуковая запись сердца. Это удалось сделать В. Эйнтовену. Благодаря этому было решено множество неясных вопросов аускультации, именно это повысило ее значение. Перистальтика кишечника и желудка, сокращение сердца вызывают колебание тканей, которые достигают поверхности. Следовательно, каждая точка кожи – это источник звуковой волны, чем дальше энергия волны распределяется, тем быстрее уменьшается амплитуда колебаний и звук становится тихим. Существуют два вида аускультации: прямая и непрямая. Первая практически утратила свое значение в современной медицине. Однако именно при ней лучше выслушиваются тоны сердца и тихое бронхиальное дыхание. Следует обратить внимание, что данный способ нецелесообразно применять в области надключичных ямок и подмышечных впадин. У прямой аускультации есть ряд преимуществ и недостатков. К преимуществам можно отнести простоту исследования и отсутствие стетофонендоскопа. Среди недостатков выделяют негигиеничность, невозможность выслушивания в определенных местах и трудность локализации звука. Непрямая аускультация проводится с помощью дополнительных приборов, которые усиливают и фильтруют звук. Звуки при этом становятся более четкими и слышимыми.

Проводится данная манипуляция с помощью стетоскопа или фонендоскопа. К преимуществам непрямой аускультации относят возможность выслушивания любых участков тела, гигиеничность и возможность локализации аускультативных явлений. Отдаленность звуковых явлений и необходимость наличия стетоскопа или фонендоскопа являются недостатками данного вида аускультации. Использование данного метода в практике врача требует соблюдения определенных требований и правил. Аускультация должна проводиться в тихом помещении, чтобы посторонние шумы не заглушали выслушиваемый врачом звук. Также в помещении должно быть тепло, чтобы пациент мог находиться без рубашки. Во время проведения исследования больной занимает оптимальное положение. Допускается положение стоя, сидя на стуле и лежа, если пациент тяжело болен. При выслушивании следует избегать участков кожи, покрытых волосами, так как это создает дополнительный шум. Стетоскоп должен быть плотно прижат к коже, но следует избегать чрезмерного болезненного давления на кожу во избежание ослабления вибрации в ткани в зоне прилегания. Врач должен держать стетоскоп двумя пальцами. Также необходимо следить за дыханием и положением больного, в определенных случаях ему могут предложить покашлять. При выслушивании сердца в пяти основных точках нужно придерживаться определенного алгоритма. Первая точка – это верхушка сердца (митральный клапан). С помощью пальпации или перкуссии определяется верхушка сердца, и в эту область ставится фонендоскоп. При этом выслушиваются два тона: первый тон будет более шумный, совпадает с верхушечным толчком или пульсацией сонных артерий, второй тон идет за ним и более тихий. Вторая точка – аортальный клапан. Выслушивается во 2-м межреберье справа от грудины. Тон, образованный аортальным клапаном, следует после короткой паузы и выслушивается громче, чем первый тон в этой точке. Третья точка – это клапан легочной артерии. Он выслушивается во 2-м межреберье слева от грудины. По звучности он громче первого тона. Справа от основания мечевидного отростка находится четвертая точка – трехстворчатый клапан. Звучность обоих тонов снижена. Наконец, пятая точка, или точка Боткина-Эрба. Выслушивается в 3-м межреберье у левого края грудины у нормостеников и гиперстеников. У астеников – в 4-м межреберье. Аускультативная картина совпадает со второй точкой.

Выводы: в заключение хотелось бы сказать: как бы прогрессивно ни развивалась медицина, врачи не должны забывать о первоначальных методах диагностики, ведь зачастую на первых этапах обследования именно они помогают диагностировать и предотвратить многие заболевания. Поэтому аускультация по-прежнему актуальна и имеет клиническое значение.

Список литературы.

1. Арутюнов Г.П., Колесникова Е.А., Поляков Д.В., Рылова А.К., Корсунская М.И. Аускультация легких: патогенетические основы формирования дыхательных шумов. Пульмонология. 2022;32(1):118-126. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2022-32-1-118-126>
2. Шелагуров А.А. Методы исследования в клинике внутренних болезней. – М. : Медицина 1963; <https://search.rsl.ru/ru/record/01006257513>
3. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. 4-е изд. – М. : МЕД-пресс-информ; 2007.

К ВОПРОСУ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОПЫТЕ ДРУГИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Прокофьева Ю.В., Балычева Т.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Введение. Пандемия COVID-19 внесла свои коррективы в образовательный процесс. Особенно остро данные изменения отразились на обучении студентов-медиков. Это обусловлено неразрывной связью многих дисциплин с практикой, также стоит отметить, что отечественная школа отличается от европейской тем, что студенты обучаются «у постели больного». Это предполагает приобретение богатого практического опыта, и вместе с тем достигается высокий уровень развития клинического мышления. Во время пандемии такое обучение стало невозможно, больные и студенты несли друг для друга как прямую, так и потенциальную опасность. Вследствие чего практическая часть образовательного процесса сильно пострадала, данные перемены пришли неожиданно, подходящей альтернативы по многим дисциплинам найти не удалось.

Тогда студенты-медики были вынуждены надевать белые халаты перед началом занятий в видеоформате, сидя за компьютером, и то не каждый раз. Но нельзя забывать о том, что эти самые студенты уже через пару лет будут надевать белый халат не перед тем, как включить камеру на смартфоне, демонстрируя свое присутствие преподавателю, а перед тем, как начать прием, общий осмотр первого пациента. Задумываясь об этом, возникает множество вопросов: «А возможно ли вообще дистанционное образование в сфере медицины? Как это отразится на системе здравоохранения в будущем? Как это отразится на пациентах и знаниях врача?»

Цель: выяснить, возможно ли обучение студентов-медиков пропедевтике внутренних болезней в дистанционном формате, ориентируясь на опыт других практических дисциплин, эффективен ли данный метод обучения.

Материалы и методы исследования. Для исследования использовались результаты анкетирования (<https://forms.gle/YfvSMjqYkXSxLMSr9>), направленного на оценку влияния дистанционного формата обучения на качество знаний студентов по морфологическим дисциплинам. Перенесение данного опыта на изучение пропедевтики внутренних болезней и дальнейшее сравнение. Также использовались материалы статей, содержащие опыт применения в процессе обучения инновационных образовательных технологий.

Результаты и обсуждения. С каждым годом цифровизация информации набирает все новые и новые обороты, но, как и все в этом мире, данное явление имеет две стороны. Положительная всем известна и привлекательна, во всех красках характеризует прогресс информационной сферы, но отрицательная сторона, которую многие так упорно избегают, представляет немалую угрозу для будущего, особенно для системы здравоохранения.

Обращаясь к результатам анкетирования, содержащего в себе помимо паспортной части и прочих вопросов мини-тестирование, направленное на оценку практических умений и навыков, можно увидеть, что средний балл составил 6,5 из 12 – оценка «между 2 и 3». Мода выборки – 5 баллов. Если проводить оценку в динамике, сравнивая студентов, которые обучались морфологическим дисциплинам в дистанционном формате и в классическом, то можно заметить, что колебания будут достаточно большие. Это свидетельствует о негативном влиянии дистанционного формата обучения на практический компонент [1, 2].

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что при изучении пропедевтики внутренних болезней, где необходима практика и непосредственное

общение с пациентом, качество знаний будет значительно снижаться, особенно это затронет практический аспект данной дисциплины. В частности, у большинства студентов будут нарушены или отсутствовать навыки пальпации, перкуссии и аускультации, что в будущем может привести к ошибкам в процессе обследования больных, неспособности правильно поставить диагноз и подобрать грамотное лечение.

Обращаясь к опыту коллег, предлагающих способы оптимизации изучения пропедевтики внутренних болезней в условиях дистанционного формата обучения, можно заметить, что они делают акцент на практической части, но при этом все вытекает в теорию. Контроль знаний с помощью тестов и ситуационных задач, просмотр и изучение видеоматериалов с практическими навыками [3, 4]. В реальности это приводит к тому, что студент все выучил, все знает, пишет тесты на отлично и с задачами справляется великолепно, смотрел видео и понимает, какой тип телосложения у данного пациента, как провести ему пальпацию, перкуссию, аускультацию, но больного никогда не видел. И, встретившись лицом к лицу с пациентом, смотрит на него и не знает с чего начать, а если и знает, то не имеет понятия, как подступить к пациенту, пробует провести перкуссию, но ничего не выходит, промахивается или звук извлечь не получается, или межреберья посчитать не может, не говоря уже о более сложных манипуляциях, таких как глубокая пальпация живота, печени и так далее.

Фото-, видеоматериалы больше применимы как нечто дополнительное, но не основное. Решение тестов и задач повышает качество теоретических знаний. Бесспорно, без теории практика невозможна, но правильно научиться пальпировать, перкутировать по одной лишь «книжке» нельзя.

Вывод. Дистанционный формат изучения пропедевтики внутренних болезней нельзя назвать эффективным, формирование практических умений и навыков должно проводиться «у постели больного». Только в таком случае у студента-медика есть возможность обучиться основам диагностики различных заболеваний, общению с пациентом. Использование современных образовательных технологий возможно лишь вместе с классической схемой обучения, но не вместо нее.

Список литературы.

1. Балычева, Т.В. Проблемы в усвоении материалов и подготовки к практическим занятиям по гистологии в условиях пандемии COVID-19 / Т.В. Балычева, М.А. Затолокина, О.В. Зайцева, Е.С. Затолокина // Сборник статей и тезисов научно-практической и учебно-методической конференции с международным участием, посвященная 70-летию профессора кафедры хирургических болезней и реанимации Абдурахманова Мамура Мустафаевича «Современная медицина и информационные технологии в процессе обучения в период пандемии COVID-19» (Бухара, 22 января 2022) – Узбекистан: 2022. – С. 27-28.

2. Затолокина М.А., Затолокина Е.С. К вопросу методологии практического занятия на морфологической кафедре при дистанционной форме обучения в условиях режима самоизоляции // Региональный вестник. – 2021. – № 2 (58). – С. 26-27.

3. Киберленинка [Электронный ресурс]: сайт – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-elektronnogo-metodicheskogo-videoposobiya-po-propedevtike-vnutrennih-bolezney/viewer>

4. Киберленинка [Электронный ресурс]: сайт – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-uchebnogo-protssessa-na-kurse-propedevtiki-vnutrennih-bolezney/viewer>

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Капитан В.Н., Головач Д.П., Тур А.В.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Белоруссия

Введение. В данной работе мы рассмотрели проблему эмоционального выгорания. Разобрали симптоматику данной проблемы. Классифицировали эмоциональное выгорание. Рассмотрели способы решения. Эмоциональное выгорание – актуальная проблема XXI века, но не все понимают, что это такое и как с этим бороться, сейчас мы разберем все аспекты «синдрома выгорания» и решение данной проблемы.

Цель исследования. Изучение эмоционального выгорания, как частой социальной проблемы.

Материалы и методы. Изучение научной литературы по заданной проблематике. Составили анкету с использованием QR-кода и провели анкетирование среди студентов разных учреждений образования.

Результаты исследования. Эмоциональное выгорание – это самая частая проблема среди подростков. Помимо этого, оно может повлечь за собой множество различных проблем. Выгорание – это психическое и физическое истощение, появившееся в ответ на стрессовое состояние. Чаще всего эмоциональному выгоранию подвержены люди, чья профессия или занятость напрямую связана с общением с другими людьми, такие профессии, как врач, учитель, психолог и т.д.

Выгорание так же может пониматься как профессиональный кризис, связанный не только с эмоциональным планом, но и с работой в целом.

Человек в состоянии эмоционального выгорания может находиться длительный промежуток времени. Многое зависит от психической и физической прочности организма. Вторая фаза выгорания – депрессивная, у всех она протекает по-разному, у некоторых появляются панические атаки.

Вопрос: «Сколько вам лет?»

- 16-18 лет – 64% - 19-23 года – 15% - Более 23 лет – 21%

По данным опроса мы выяснили, что чаще всего испытывают на себе все тяжести «синдрома выгорания» подростки. С чем же это может быть связано?

Большая часть случаев приходится на начало студенческих лет, когда обучающиеся начинают самостоятельную жизнь. Новое место образования, система обучения, окружение. Все это оказывает влияние на подростка, он испытывает психологическое давление и трудности в поиске решения проблемы, в итоге у него начинается развитие эмоционального выгорания.

С целью изучения данной проблемы в молодежной среде нами был составлен опрос.

Вопрос: «Сталкивались ли вы с эмоциональным выгоранием?»

- Да – 74% - Нет – 26%

Вопрос: «Как вы справлялись с эмоциональным выгоранием?»

- Я не знал, что мне делать – 43%

- Я справлялся с этим с помощью других людей – 23%

- Я пытался мыслить позитивно – 34%

По данным из вопросов выше мы определили, что большая часть опрошенных сталкивалась с эмоциональным выгоранием, также 43% из них находились в положении безвыходной ситуации.

Существует несколько способов победить эмоциональное выгорание:

1 способ. Следует разнообразить свой досуг и не сводить мысли на глобальности проблемы. Чаще всего хобби расслабляет, дает вдохновение и мотивацию.

2 способ. Стоит заботиться о своем физическом здоровье. Физическое и эмоциональное здоровье имеет непосредственную взаимосвязь.

Однако, как понять, что начался «синдром выгорания»?

1. Изменение поведения: апатия, снижение работоспособности, агрессия, отсутствие заинтересованности в окружающем мире.

2. Изменение эмоций: раздражительность, психически нестабильное состояние, депрессия.

3. Изменение в мышлении: снижение внимания, настороженное состояние, ригидность.

4. Изменение здоровья: бессонница, снижение иммунитета, потеря аппетита, быстрая утомляемость.

Вопрос: «Если вы все-таки сталкивались с проблемой эмоционального выгорания, нам бы хотелось узнать, в каком вузе нашей страны вы обучаетесь?»

- Медицинский университет – 65% - Экономический факультет – 13%

- Педагогический университет – 5% - Юридический факультет – 17%

По данным опроса мы выяснили, что студенты медицинского университета чаще всего сталкивались с эмоциональным выгоранием. С чем это связано? С новой тактикой обучения? Или какие-то проблемы в жизни, в эмоциональном состоянии человека? Мы создали еще один опрос, который должен показать, с чем связано эмоциональное истощение организма.

Вопрос: «С чем было связано ваше эмоциональное выгорание?» (Ответ на данный вопрос давали студенты медицинских университетов).

- Проблемы в семье/учебе/личном плане – 25%; - Тяжелые нагрузки при учебе – 50%; - Общение с окружающими – 15%; - Самостоятельная жизнь – 10%.

Тяжелые нагрузки являются частым явлением в учебной деятельности, но без нагрузок не будет прогресса и результата.

Вопрос: «Встречали ли вы в вашем окружении людей с «синдромом выгорания?»»

- Да – 53% - Нет – 40% - Не обращал внимания – 7%.

По данным опроса выяснилось, что люди часто находят в своем окружении морально истощенных людей. Сейчас мы предложим несколько вариантов помощи таким людям.

Предлагается несколько способов помощи людям при эмоциональном выгорании:

1. Предложите помощь один раз. Если в ответ вы услышали отказ, дайте возможность человеку побыть наедине с собой.

2. Если же человек принял вашу помощь, вы можете облегчить ему бытовую жизнь: это расслабит его и даст ему немного свободного времени для занятий своими делами.

3. Предложите техники по выходу из негативных состояний. К примеру, психологическую помощь, возможно, он не справляется сам с этим состоянием, и ему нужна помощь профессионала.

4. Организуйте человеку креативный отдых. Это могут быть поездка на природу, прыжки с парашютом и т.д.

Заключение. В заключение хотелось бы сказать, что, если вы сейчас находитесь в состоянии морального истощения/эмоционального выгорания, не игнорируйте свои чувства. Обратитесь за помощью к профессионалу. Обратите свое внимание на данное состояние. Прочитайте статьи, книги по изучению данной темы. Помогите себе в такой нелегкий этап в вашей жизни.

Список литературы.

1. <https://trends.rbc.ru/trends/social/5f579bf89a7947f37c2be752>
2. <https://klinika34.ru/dispensary/psikhoterapiya/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya/>
3. <https://informburo.kz/cards/emocionalnoe-vygoranie-cto-eto-takoe-i-kak-byt-esli-nichego-delat-ne-hochetsya.htm>



КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ул. К. Маркса, 3, г. Курск 305041 Тел.: (4712) 58-81-32; факс.: (4712) 56-73-99; 58-81-37

Интернет-адрес: www.kurskmed.com Электронная почта kurskmed@mail.ru

Медицина - дело на все времена!



Hippocrates



Avicenna