

моделирование диалогов и т.д. Основной их особенностью является максимально полное воспроизведение внешнего вида цехов, оборудования, рабочего места, спецодежды, а также отработка обучающимися всех действий специалиста санэпиднадзора при проведении санитарно-гигиенического обследования.

### **Литература**

1. Жаксылыкова Г.А., Абдулдаева А.А. Компетентностный подход в сфере высшего образования. В кн.: Материалы III Центрально-Азиатской научно-практической конференции. Караганда; 2015: 166-168.

2. Рахметова Б.Т., Жаксылыкова Г.Т., Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Такамбаева Е.Ш. Эффективность использования виртуальных интерактивных тренажеров при оценке практических навыков санитарного надзора. В кн.: Материалы III Центрально-Азиатской научно-практической конференции. Караганда; 2015:299-301.

3. Березнева Е.Ю., Черная Л.В., Андреева С.И. Роль научной деятельности в формировании исследовательской компетенции студентов первого курса. В кн.: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Омск; 2014: 14-17.

4. Мусина А.А., Сембиева Ф.Т., Сулейменова Р.К., Мукашева К.М. Активный неимитационный исследовательский метод обучения при подготовке специалиста медико-профилактического профиля. Свидетельство МЮ РК № 2413 от 24.12.2015г. ИС 003362.

## **Формирование общекультурных компетенций у студентов на кафедре фтизиопульмонологии с использованием возможностей образовательной среды**

**Мякишева Т.В., Рашкевич Е.Е., Фролова Ю.В., Василевская О.В.**

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Смоленск, Российская Федерация*

Одной из ведущих тенденций современного развития медицинского вуза является активное внедрение инноваций и информационных технологий. Подготовка высокопрофессиональных специалистов осуществляется с использованием оперативного обмена информацией, с акцентом на внеаудиторную работу. Однако, в условиях ограниченного по времени объема аудиторных занятий, становится затруднительным формирование коммуникативной компетентности, клинического мышления, способности к логическому и аргументированному анализу, ведению дискуссии, коммуникативной толерантности.

Преподавательский состав кафедры фтизиопульмонологии стремится формировать указанные компетенции, раскрывая творческий потенциал студентов и используя инновационные методы обучения и информационные технологии. С текущего учебного года на кафедре введена новая система

работы над учебной историей болезни в виде подготовки презентаций и их защиты. Фактически защита учебной истории болезни представляет собой разбор клинического случая с развернутой дискуссией.

Внедрение в практику обучения новой методики работы мы начали с модуля «Дифференциальная диагностика болезней органов дыхания», поскольку он более всего дает возможностей для реализации творческого потенциала личности студентов. Работа над историей болезни и подготовка к клиническому разбору требует от студента и максимально подробного сбора анамнеза, что развивает как профессиональные навыки, так и коммуникативную компетентность, и тщательного анализа литературных источников, и освоения информационных технологий для создания качественной презентации.

Для исследования были взяты восемь групп студентов шестого курса: 6 групп студентов лечебного факультета и две группы студентов ФИУ (факультета иностранных учащихся). Студенты, в соответствии с учебным планом, курировали пациентов с различными клинико-рентгенологическими синдромами: легочной инфильтрации, диссеминации, синдромом плеврального выпота, округлого и полостного образования в легких. Четыре группы студентов (42 человека) представили истории болезни на бумажном носителе, еще четыре группы (39 человек) – в виде презентаций. Следует отметить, что разбор историй болезни в занимающихся параллельно группах лечебного факультета и ФИУ проводился коллегиально, с активным участием студентов обеих групп в дискуссии.

Статистическая обработка результатов проводилась в виде сравнительного анализа полученных при оценке истории болезни баллов методом непрямых разностей и доверительных интервалов.

Во время доклада учебных историй болезни в виде презентаций студенты значительно лучше осветили такие разделы, как анамнез, данные объективного обследования, лабораторного обследования, а также дифференциальная диагностика. Представление материалов истории болезни в виде презентации позволило лучше отобразить эффективность лечения в динамике: были представлены фотографии рентгенограмм пациентов без указания маркировки (фамилии пациента). Формат дискуссии лучше, чем простой диалог с преподавателем при обсуждении недочетов истории болезни, раскрыл возможности клинического мышления студентов, позволил обменяться мнениями, учесть и исправить ошибки.

Средний балл, полученный за работу над историей болезни в виде презентации, был значимо выше, чем при стандартной форме работы. Так, студенты, принявшие участие в клиническом разборе и имевшие возможность более широко проявить свои личностные и профессиональные качества, а также исправить допущенные недочеты, имели средний балл 4,12 (доверительный интервал [3,52803;4,72197], стандартная ошибка средней  $m1=0,12663$ ). У студентов группы сравнения, представивших истории для

проверки на бумажном носителе, средний балл составил 3,52 (доверительный интервал [3,14511;3,90489], стандартная ошибка средней  $m_2=0,19899$ ).

Проведенный статистический анализ показал высокую достоверность различий:  $p<0,005$ .

В современных условиях особенно важную роль приобретает компетентностный подход в медицинском образовании, т.к. перед педагогом-врачом стоит цель не только передать свои знания студенту, обучить его методике и определенным алгоритмам действий, но и развить в нем умение самостоятельно принимать решения, вписывающиеся в рамки его должностных инструкций, требований и обязанностей.

Практикующий врач способен передать обучающемуся теоретическую базу знаний, а вот развить в нем предусмотренные рабочей программой компетентности способен только врач-педагог. Такой врач должен быть способен не столько передавать студенту определенные знания, сколько сформировать у студента способность и готовность «быть врачом».

Между тем, формируя требуемые в ФГОС ВО общекультурные и профессиональные компетенции у студента, педагог, во-первых, сам должен обладать этими компетенциями как врач-профессионал, во-вторых, должен обладать специальными педагогическими компетенциями, основанными на его личностных качествах, установках, мотивах и умениях профессионально-педагогической деятельности и позволяющими ему воздействовать на формирование необходимых компетенций у студентов.

#### **Выводы:**

1. ФГОС требует развития у студентов различных компетенций, в понятие которых входят не только профессиональные умения и навыки человека, но и его мотивы, установки, а также личностные характеристики (такие, как коммуникативность, ответственность, способность к самостоятельному принятию решений, самообучению и т.п.).

2. Необходим переход к современным информационно-коммуникативным технологиям обучения, создание условий для их внедрения, разумное сочетание новых информационных технологий обучения с традиционными, формирование информационной компетентности студентов.

3. Введение новой системы работы над учебной историей болезни в виде подготовки презентаций и их защиты дает возможность формировать профессиональные умения и навыки студента, а также личностные характеристики специалиста.