

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

нике); подготовка реферата по вопросам инфектологии и зачитывание его на занятии в группе; изготовление учебного пособия; изготовление учебной таблицы формата А1; подготовка мультимедийной презентации в программе PowerPoint по одной из лекционных тем, содержащей не менее 50 слайдов, 30 изображений и 5 страниц текста; участие в заседаниях СНО кафедры; выступление на заседаниях СНО кафедры: с реферативным докладом; с докладом по результатам собственного исследования; выступление с докладом на конференции с последующей его публикацией в виде тезисов или статьи в сборнике; оформление работы на Республиканский смотр-конкурс студенческих научных работ.

Рубежный рейтинг определялся в конце обучения на последнем практическом занятии и включал сумму баллов текущего рейтинга, модульного рейтинга, творческого рейтинга + балл экзаменационного тестирования.

За пропущенное учебное занятие студент не получал баллы. Для студентов с целью дисциплинарного воздействия кафедра вводила понижающий коэффициент за опоздание на занятие (лекцию).

Рейтинг дисциплины (Р) рассчитывался как сумма составляющих с учетом веса: $P = Ax0,06 + (Bx0,06 - Vx0,03) + Gx0,01 + Dx0,06 + E*0,4 + Jx0,2 + T(T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5 + T_6 + T_7 + T_8 + T_9 + T_{10} + T_{11})$, где А – количество посещенных лекций; В – количество посещенных практических занятий; В – количество опозданий на лабораторные занятия; Г– сумма оценок за входное тестирование на практических занятиях; Д– сумма текущих оценок за работу на практических занятиях; Е– сумма оценок на итоговых занятиях (по модулям); Ж– оценка за экзаменационное тестирование; Т– творческий рейтинг.

После изучения дисциплины полученные баллы рубежного рейтинга переводились в 10-балльную систему.

Итоговым рейтингом ($R_{итог.} = (R_{руб.} + П + У) : 3$) являлась средняя оценка, полученная в результате суммирования рубежного рейтинга, оценки, полученной студентом на экзамене на устном собеседовании и за практические навыки. Эта оценка выставлялась в зачетную книжку.

Положительным моментом рейтинговой системы являлось то, что дифференцированно оценивалась та или иная сторона деятельности студента определенным числом баллов, что позволяло оказать мотивационное влияние на необходимую сторону работы студента.

На протяжении трех лет с момента внедрения на кафедре рейтинговой оценки знаний студентов нами проводилось исследование по ее эффективности и изучение мнения студентов путем анкетирования.

Сравнительный анализ позволил сделать вывод, что применение рейтинга оживило учебный процесс на кафедре инфекционных болезней и значительно улучшило все показатели: возросла посещаемость лекций и практических занятий на 30% и 14% соответственно; доля студентов, ритмично работающих в семестре, в среднем возросла до 89%; доля студентов, выполняющих учебный график к началу сессии, увеличилась на 20%; успеваемость возросла на 19%.

При этом качественные показатели значительно улучшились. Общее число итоговых оценок «7», «8», «9» и «10», полученных на экзамене, коррелировало с результатами рейтинга.

Результаты анкетного опроса показали, что большая часть студентов поддерживает рейтинговую систему. На вопрос "Влияет ли рейтинг на организацию учебного процесса и его эффективность?" утвердительно ответил 81% опрошенных.

Введение рейтинговой системы позволило сократить в большинстве случаев время на выяснение подготовленности студентов к занятиям; заинтересованность студентов в максимально возможной для них рейтинговой оценке настраивает их на добросовестную работу в процессе подготовки к занятию.

Подготовленность же к занятиям тех студентов, которые смирились с тем, что не получают оценку по рейтингу, можно проверять в индивидуальном порядке, не сокращая для большей части студентов время, выделяемое на самостоятельную работу. Это способствует с одной стороны отходу от традиционных "школярских" методов работы, а с другой позволяет при непрерывном контроле оказывать большее доверие студенту, не подвергая изначально сомнению факт его подготовки к занятию. Рассматриваемая система позволяет получать достаточно объективную информацию о степени успешности обучения студентов относительно друг друга. Уже по истечению двух – трех месяцев можно выделить лучших и худших студентов группы. Это дает администрации мощный рычаг, позволяющий поощрять лучших и наказывать худших.

Большее половины опрошенных (56%) считают, что рейтинг активизирует реферативную работу, участие в олимпиадах и конференциях. В заключение хотим отметить, что опыт применения рейтинговой системы показывает, что указанная методика повышает активность студентов, стимулирует ритмичную работу в течение семестра, способствует применению системного подхода к изложению курса и улучшению качества знаний студентов. Рейтинг изменяет темп учебного процесса и избавляет преподавателей кафедры от авральской формы работы накануне и в период сессии.

ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КУРСЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Акулич Н.Ф., Грижевская А.Н.

УО "Витебский государственный медицинский университет"

Как показывает многолетний педагогический опыт, освоение практических навыков в процессе

изучения инфекционных болезней имеет огромное значение, для преодоления барьера между теоретическими знаниями студента и их практическим применением. Инфекционные болезни имеют широчайшее распространение, и каждый врач в своей практике и повседневной жизни обязательно с ними столкнется, и должен будет заниматься их диагностикой и лечением. Поэтому на кафедре инфекционных болезней освоению практических навыков отводится значительное место.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация освоения практических навыков на курсе «Инфекционные болезни».

Результаты и обсуждение. На 5 курсе с первого дня занятий на цикле «инфекционные болезни» каждый студент курирует одного больного, по которому пишет учебную историю болезни. На кафедре для этого разработано пособие «Схема обследования инфекционного больного и правила оформления истории болезни (методические рекомендации для студентов)». В схеме дается план опроса и осмотра пациента, находящегося в клинике инфекционных болезней. Особое внимание уделяется правильному сбору анамнеза заболевания, который при инфекциях имеет свои особенности. Подчеркивается важность выявления первых симптомов заболевания, которые часто упускаются при небрежном сборе анамнеза и могут привести к диагностическим ошибкам. Обращается внимание студентов на динамику развития клинических проявлений, характерную для инфекционных болезней. Далее уточняются методы сбора эпиданамнеза, как одного из ключевых моментов в диагностике инфекций. В анамнезе жизни акцентируется внимание на перенесенные ранее болезни, в том числе и инфекционной этиологии, условия жизни больного и его трудовой деятельности. После этого студент приступает к полному объективному осмотру курируемого пациента для написания раздела «настоящее состояние больного», где дается характеристика всех систем и органов, локального статуса с детальным описанием пораженных органов и систем. Далее студент должен обосновать предварительный диагноз, используя полученные при опросе и смотре данные. Следующим этапом идет разработка плана диагностических мероприятий, необходимых как для диагностики заболевания, так и для уточнения его этиологии, выявления осложнений, развившихся у курируемого больного. В разделе «лечение» освещаются такие разделы, как режим и диета, необходимые данному конкретному пациенту, этиотропная терапия, если она показана, с указанием названия, дозировки, кратности и метода применения антимикробного препарата. После чего студент приступает к работе с больничной историей болезни для того, чтобы узнать результаты лабораторного и инструментального обследования курируемого пациента. С использованием данных обследования куратор должен обосновать клинический диагноз. На протяжении всего цикла студент курирует пациента и ведет дневники в учебной истории. Заканчивается история написанием раздела «эпикриз», где дается заключение по клиническому диагнозу больного, приводятся результаты обследования и проводимая терапия и предлагаются рекомендации по его дальнейшему ведению, в зависимости от того выписывается пациент или продолжает стационарное

лечение, нуждается ли в диспансерном наблюдении или нет. Студент допускается к сдаче экзамена по практическим навыкам только при условии получения положительной оценки за учебную историю болезни.

На каждом практическом занятии цикла студент получает пациента для микрокурации и карту-задание, которую необходимо заполнить. В таблице указываются жалобы пациента, краткие анамнестические данные, выявленные объективные признаки, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, краткое обоснование предположительного диагноза, план обследования и лечения курируемого пациента. После выполнения задания студент должен провести клинический разбор для всей студенческой группы и преподавателя. В процессе разбора исправляются допущенные ошибки, преподавателем делается краткое заключение с расстановкой акцентов на принципиально важных моментах в диагностике и лечении данного конкретного больного.

Следующим методом совершенствования практических навыков на цикле «инфекционные болезни» является использование карт-заданий по дифференциальной диагностике инфекционных заболеваний, по теме практического занятия. Для дифференциальной диагностики, так нужной врачу любой специальности, необходимо практическое применение полученных теоретических знаний, навыки правильной трактовки различных лабораторных показателей (общий и биохимический анализы крови, мочи, результаты спинномозговой пункции, результаты серологических исследований, копрограммы).

Также практические навыки студентов совершенствуются при решении ситуационных задач, которые разработаны сотрудниками курса по каждой нозологии, включенной в тематический план. Студенты самостоятельно на каждом занятии решают практические задачи, в которых кроме обоснования предварительного или клинического диагноза необходимо ответить на ряд практических вопросов, поставленных в конце задания. Например, какие дополнительные обследования для подтверждения диагноза следует провести, в какой терапии нуждается больной и в чем заключаются меры специфической и неспецифической профилактики. В конце занятия вместе с преподавателем разбираются те задачи, которые вызвали трудности по какому-либо вопросу. Важность работы с задачами состоит еще и в том, что они дают возможность заподозрить заболевания, которые отсутствуют в инфекционном стационаре, но могут встречаться на территории Республики Беларусь или быть завезенными из тропического региона, и представлять высокую эпидемиологическую опасность. Таким образом, закреплению знаний о действиях практического врача при выявлении инфекционного заболевания способствует решение ситуационных задач.

Большое значение на кафедре придается сбору тематических слайдов по теме занятия, на которых студент может увидеть характерные клинические проявления многих инфекционных заболеваний, которые не встречаются в клинике инфекционных болезней или отсутствуют на данный момент. Зрительное восприятие многих заболеваний крайне

важно, потому, что словесное описание многих видов сыпи (например, при менингококковой инфекции) или картины зева при дифтерии, не так хорошо запоминается и воспринимается студентом. А возможность увидеть и «узнать в лицо» инфекционную болезнь поможет студенту в процессе его

практической деятельности.

Выводы. Таким образом, применение предложенных приемов по освоению практических навыков по инфекционным болезням позволило увеличить процент студентов, сдающих экзамен по практическим навыкам с оценкой «9».

ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИИ СТУДЕНТА–ВЫПУСКНИКА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА НА ОСНОВЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА

Семенов Д.М., Семенова И.В., Кожар Е.Д.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

В современном медицинском образовании в последнее время проявляются тенденции, позволяющие говорить о переходе этой системы в новое качественное состояние. Высшая медицинская школа должна обеспечить выпускникам систему интегрированных теоретических и клинических знаний, умений и навыков, помочь освоить высокие мировые медицинские технологии, сформировать способность к социальной адаптации специалиста. Современное медицинское образование все более раскрывается как сфера конкурирующих концепций, как своего рода «производство образованности», в котором, как и в других производствах, используются современные наукоемкие технологии, информационные продукты, квалифицированные специалисты [1].

Специфика компетентностного обучения состоит в том, что усваивается не готовое знание, кем-то предложенное к усвоению, а обучаемый сам формулирует понятия, необходимые для решения задачи. При таком подходе учебная деятельность, периодически приобретая исследовательский или практико-преобразовательный характер, сама становится предметом усвоения.

Компетентность – это способ существования знаний, умений, образованности, способствующий личностной самореализации, нахождению воспитанником своего места в мире, вследствие чего образование становится высокомотивированным и в подлинном смысле личностно ориентированным, обеспечивающим максимальную востребованность личностного потенциала, признание личности окружающими и осознание ею самой собственной значимости. Таким образом, именно компетентностный подход в образовании может обеспечить успешную адаптацию человека в современном мире, на рынке труда, в социальном обществе [2].

Определение критериев оценки квалификации студента выпускника лечебного факультета на основании компетентностного подхода позволяет реализовать этот подход в образовательной практике. Компетентностный подход требует пересмотра содержания образования, методов обучения и традиционных вузовских контрольно-оценочных систем. Согласно существующему законодательству, оценка качества подготовки выпускников происходит в процессе аттестации, требующей репрезентативного отображения требований госу-

дарственных стандартов в содержании аттестационных оценочных средств. При компетентностном подходе в ходе аттестации необходимо оценивать не привычные знания, умения и навыки, а уровень освоения достаточно большого набора общекультурных и профессиональных компетенций, поскольку компетенции не являются некоторым набором предметных знаний, умений и навыков. Необходимы новые оценочные средства, построенные на основе современных достижений теории педагогических измерений и позволяющие измерять уровень сформированности многоплановых и многоструктурных характеристик качества подготовки выпускников вузов, которые не должны сводиться к простой сумме предметных знаний и умений [2].

Образовательная компетентность – интегративное личностное образование, представляющее собой единство теоретической и практической готовности и способности студента к осуществлению образовательной деятельности. Структура образовательной компетенции может быть представлена в единстве трех ее составляющих: экзистенциальной, объектной и социальной.

Качество экзистенциального компонента образовательной компетентности определяется личностно-смысловым критерием. Его показателем является личностный смысл, или ценностно-мотивационное отношение учащегося к цели, содержанию и процессу образования, уровнями проявления которого условно можно разделить на: Ценностный уровень (3); Императивный уровень (2); Утилитарно-прагматический уровень (1).

Качество объектного компонента образовательной компетентности определяется когнитивно-операциональным критерием (знания и умения). Показателями оценки качества объектного компонента являются полнота знаний и действенность знаний. Уровни проявления показателей оценки объектного компонента следующие: По уровню знаний: Знания полные (3); Знания частичные (2); Знания не сформированы (1). По уровню умений: Умения сформированы (3); Умения сформированы частично (2); Умения не сформированы (1).

Качество социального компонента образовательной компетентности определяется коммуникативным критерием. Показателем оценки качества социального компонента является готовность к социальному взаимодействию. Он может быть про-