

бота при цьому сприяє ретельнішому, надійнішому закріпленню практичних навичок обстеження, діагностики й вибору методів лікування.

Особливу увагу звертаємо на самостійну роботу біля ліжка хворого в стаціонарі та на амбулаторному прийомі в поліклініці.

Для підвищення зацікавленості вивченням дерматовенерології ми демонструємо пацієнтів із хворобами, які ще не вивчалися, при цьому даємо короткий коментар, ознайомлюємо з історією хвороби, лабораторними даними. Пропонуємо написати і виступити з реферативним повідомленням кільком лікарям по одному хворому, що може викликати дискусію, наукову суперечку і, зрештою, сприяє кращому засвоєнню матеріалу.

Велике практичне значення має вивчення лікарями загальної практики питань сучасної клінічної фармакології. Демонстрація нових препаратів із кожної теми, з'ясування методики їх застосування, врахування показань і протипоказань, можливих ускладнень – усе це сприяє глибшому, детальнішому запам'ятовуванню.

Але, на жаль, практичній реалізації такої широкої програми навчання лікарів за фахом "Загальна практика-сімейна медицина" на кафедрі шкірних і венеричних хвороб перешкоджає недостатня матеріально-технічна база.

Різке скорочення фінансування галузі охорони здоров'я негативно відбилосся на профілактичній діяльності закладів охорони здоров'я. Сьогодні необхідно переглянути організаційні моделі профілактичних оглядів бригадами лікарів різних спеціальностей, практику застосування скринінг-тестів без урахування їхньої ефективності. Слід сприяти розширенню мотивації переходу лікарів первинної ланки на діяльність за принципом лікаря загальної практики – сімейного лікаря з акцентом на профілактичну медицину.

Отже, на нашу думку, необхідні окремі закони про охорону здоров'я та про медичну допомогу з чітким визначенням функцій кожної з систем.

КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ - ЦЕ ТІЛЬКИ ЧАСТИНА ЗАГАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ МИСЛЕННЯ

Л.А.Дудченко, О.В.Новик, О.Є.Житуря

Формування клінічного мислення співробітниками кафедри внутрішньої медицини розглядають як органічну частину становлення особистості майбутнього лікаря.

Основне завдання вищої медичної школи – досягнення максимального розвитку інтелектуальних здібностей кожного студента як майбутнього лікаря, його всебічне і гармонійне вдосконалення, опанування основами спеціальності.

Внутрішня медицина – найбільш об'ємний і важливий розділ клінічної медицини, знання якого необхідні лікарям усіх спеціальностей. Провідна мета викладачів кафедри – сформувати розвинене клінічне мислення студентів, яке базується на знаннях теорії та вмінні правильно оцінювати і порівнювати результати різних досліджень, тому що клінічна діяльність – це поєднання знань та досвіду, мислення й інтуїції. Мета навчання полягає не стільки в безперервному накопиченні знань, скільки у формуванні здатності самостійно ці знання знаходити, засвоювати й оновлювати, ефективно використовувати в професійній діяльності, тобто в орієнтації розуміння проблеми, в узагальненні, систематизації, самостійній аналітичній роботі студента. Важко розраховувати на успіх, якщо випускники не здатні сформулювати умови правильності клінічного діагнозу, пояснити діагностичну помилку, викласти загальні принципи диференційної діагностики, охарактеризувати критерії прийняття або відхилення діагностичної гіпотези, відрізнити постійний симптом від специфічного, вирішальний від провідного і т.п. Діагноз – це знання і досвід клініциста. Розпізнавання хвороби ґрунтується на знанні семіології та вмінні логічно мислити, клінічному досвіді та здібностях інтуїтивно відчувати характер захворювання. Тому немає заочної медичної освіти – навчатися клінічної медицини можна тільки біля ліжка пацієнта. Клінічне мислення формується в процесі самостійних спроб, намаганні студента розв'язувати клінічну задачу в реальних умовах біля ліжка хворого і на поліклінічному прийомі, а не в аудиторіях.

У лікарській практиці для вирішення практичних завдань застосовують різноманітні прийоми і методи наукового пізнання. Якщо спостереження як перша фаза діагностичної роботи лікаря – це період аналізу, то наступна фаза – це синтез фактів, які спостерігалися. Зрозуміло, що вже на обстеженні хворого відбуваються й аналіз, і синтез, бо лікар не тільки спостерігає і слухає, а і мислить. Основна методична проблема в діагностиці полягає в тому, як за ознаками розпізнати хворобу, як від симптомів перейти до діагнозу.

зу. Для конкретного вивчення певної хвороби і стану пацієнта служать так звані синтетичний і патогенетичний методи розпізнання, які спираються на послідовний синтез та встановлення патогенетичного зв'язку явищ.

Перше завдання збирання фактів у синтетичному методі - згрупувати симптоми в синдроми, врахувавши індивідуальні особливості пацієнта і середовища. Такий шлях синтезу в діагностиці, така форма вивчення пацієнта найбільше відповідають змісту явищ, що вивчаються, та лікарській меті. Синтетичний метод охоплює послідовні та повторні фази аналізу і синтезу, які, зрештою, дають конкретне пізнання хворого. Від симптому переходять до синдрому, що складає дещо нове в розумінні пацієнта, де поодиноким симптомом стає частиною, моментом даного захворювання. Перехід від симптому до поняття хвороби як нозологічної одиниці через пізнання причин та взаємодії організму і середовища створює нове, вище, цілісне поняття хвороби, в якому симптомом комплекс складають лише моменти пізнання захворювання.

Найпомітніша в цьому методі послідовність синтетичної побудови діагнозу, перехід від найнижчого щабля до найвищого. Слід також з'ясувати теоретично-пізнавальне значення сфери чуттєвого і логічного пізнання, значення гіпотези та лікарської інтуїції в діагностиці, розкрити теоретичний аспект клінічного мислення лікаря. Проблему достовірності діагнозу можна правильно розв'язати лише на основі вчення про істину та практику. Аналізуючи діагностичні помилки та їх причини, необхідно показати, яке значення в медичній практиці має дотримання логіки розгляду хвороби в динаміці з урахуванням особливостей конкретного пацієнта.

У клініці внутрішньої медицини закладається формування майбутнього лікаря – людини, збагаченої медичною теорією та вмінням клінічно мислити. На досягнення цього і спрямована організація навчального процесу - практичних занять, лекцій, клінічних та клініко-анатомічних конференцій.

На практичних заняттях у клініці посилену увагу звертаємо на роботу з хворими, опанування практичними навичками. Самостійне обстеження хворого на практичних заняттях – це крок до опанування навичками і вміннями лікаря-клініциста.

Курация хворих, яких студенти обстежують самостійно, з подальшим клінічним розбором допомагають кращому опануванню практичними навичками, принципами медичної деонтології, сприяють розвитку клінічного мислення.

Рівні знань, здібностей до самостійного творчого мислення в студентів різні, тому навчання передбачає індивідуальний підхід. Студент має використати всі раніше засвоєні знання, вміння, інформацію про допоміжні й інструментальні методи дослідження для того, щоби встановити діагноз, спланувати лікувальні, профілактичні та реабілітаційні заходи.

Клінічний розбір хворих передбачає вивчення матеріалу методом дискусії, яку спрямовує викладач. Студент самостійно пропонує власні думки і, отримавши додаткову інформацію від викладача, розв'язує проблему – встановлює клінічний діагноз хворому. Особлива увага викладачів спрямована на якість клінічного мислення студентів у проведенні диференціального діагнозу, формулюванні клінічного діагнозу, вмінні призначити етіопатогенетичне лікування. Дискусія під час клінічного розбору стимулює мислення студента щодо вироблення загальних засобів аргументації, доказу або оцінки, допомагає студентам вивчати внутрішні хвороби і під керівництвом викладача діяти правильних теоретичних і практичних висновків.

Результатом проведеної роботи стає написання академічної історії хвороби, що розвиває клінічне мислення і професійні здібності, підвищує якість практичної підготовки й опанування навичками практичної роботи. У процесі написання історії хвороби студент усвідомлює проблему, проводить диференціальну діагностику, приймає рішення при складанні плану лікування.

Посилену увагу в клініці внутрішньої медицини приділяємо клінічним обходам, на яких студенти і лікарі спостерігають за розвитком клінічної думки професора, його спілкуванням із хворим, стають свідками наукового пошуку біля ліжка хворого.

Велике значення в розвитку клінічного мислення, на наш погляд, мають клінічні та патологоанатомічні конференції, які проводяться під керівництвом професора, де кожен зі співробітників клініки може висловити свої міркування з приводу діагностики та лікування хворого, навести цікаві приклади з лікарської практики, до обговорення яких залучаються студенти.

Найкращий підручник не зможе у всій повноті передати особливості клінічного перебігу хвороби в різних людей. Тому, крім розборів конкретних хворих під керівництвом

досвідчених викладачів, для студентів та співробітників клініки особливу цінність мають клінічні лекції професора (доцента). Вважаємо, що клінічні лекції мають бути основою дисципліни, визначати рівень та обсяг інформаційного навантаження, стати програмним документом для практичних занять і самостійної роботи студента. Клінічна лекція з детальним розбором тематичного хворого має проблемний характер. Вона має бути творчою і цікавою, що вимагає від лектора високої наукової, педагогічної та лікарської кваліфікації. Лекція одночасно має бути не тільки джерелом інформації, а й способом формування клінічного мислення, розвивати в слухачів логіку. Лекція має бути адаптованою до відповідного курсу і розрахована на середнього студента.

Отже, в навчальному процесі клінічна лекція посідає одне з чільних місць, вона є найкращим засобом для розвитку не тільки професійної майстерності, а й творчого ставлення до професії лікаря, альтернативи їй немає.

Викладач медичного ВНЗ, виховуючи в студентів культуру клінічного мислення, має підкреслювати значення мистецтва для майбутнього лікаря, яке сприяє розвитку уяви та творчості. Усе це розширює світогляд - одну з ознак інтелігентності майбутнього лікаря. Завдання професорсько-викладацького складу - сприяти підвищенню рівня культури мови студентів, уміти правильно спілкуватися, адже це є ознакою загальної культури, освіченості та професіоналізму.

Отже, формування клінічного мислення необхідно розглядати як органічну частину становлення особистості майбутнього лікаря. Це і завдання виховання лікаря як носія духовних цінностей, суб'єкта моральних відносин, і завдання розвитку культури його почуттів. Сьогодні, залозичаючи багато цінного із системи вищої медичної освіти західних країн, не слід забувати про одну незаперечну перевагу вітчизняної медичної школи, вона завжди навчала майбутніх лікарів логічно мислити, вміла закликати їх до милосердя та співчуття.

АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ

В.А. Ждан, І.О. Заватина, М.В. Гавченко, В.Г. Пеліда

Кафедра «Загальна практика – сімейна медицина» готує лікарів-інтернів та лікарів-курсантів зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина». Відомо, що тривалий процес постійного накопичення аналітичного досвіду сприяє покращенню кваліфікаційної діяльності лікаря. Оскільки робота лікаря завжди пов'язана з необхідністю аналізувати підсумки своєї діяльності, ми розробили зразок аналітичного підходу до написання щорічної статистичної звітності, з якою працюють лікарі в медичних закладах.

Щорічно медичні заклади Полтави і Полтавської області подають звіти за відповідними формами №12, №14, №071-1/0. За статистичними даними цих звітів у рядку №14 представлені «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини». Амбулаторно-поліклінічні заклади (підрозділи) всіх профілів надання медичної допомоги подають головному лікареві звіт про захворювання суглобів у хворих, які проживають у районі обслуговування населення відповідним лікувальним закладом (форма №12). Усі виявлені порушення узагальнюються в одну назву «Хвороби кістково-м'язової системи», в яку включаються хвороби за МКХ10 перегляду М00 – М99 окремо виділяють тільки ревматоїдний артрит, МКХ10 – М05, М06, М08. Далі використовують дані форми №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної і соціально-трудової реабілітації». У формі №14 аналогічно формі №12 усі хвороби поєднані в один рядок – «Хвороби кістково-м'язової системи», в тому числі деформуючий артроз – М99.

Порівняння статистичних даних форми №12 із формою №14 свідчить про неможливість статистичної обробки даних про сольові артропатії, в тому числі подагри.

Подальше спостереження за статистичними даними хвороб суглобів повертає до форми №071-1/0 «Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі» (серед дорослого населення 18 років і старших), яка, крім ревматоїдного артриту і деформуючого артрозу, потребує даних про сольові артропатії М10-М11, у тому числі подагричні - М10. Оцінка якостічасної діагностики хвороб кістково-м'язової системи та лікувально-профілактичних заходів щодо збереження працездатності хворих визначається аналізом первинного виходу на інвалідність. Дані аналізу інвалідності за 5 років (2003-2007) на 10 000 населення представлені в таблиці.