



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Вищий державний навчальний заклад України**  
**«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

**95**  
**РОКІВ**  
**ВДНЗУ «УМСА»**

# **УДОСКОНАЛЕННЯ** **ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ** **У СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ**  
**КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**



**Полтава – 2016**

УДК 378.001.1

Друкується за рішенням  
вченої ради ВДНЗУ «УМСА»  
від 24 червня 2015 р., протокол № 9

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій та Реєстру медичних виставок на 2016 рік (лист Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи від 04.02.2016 р. № 30)

**Редакційна колегія:**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>проф. Ждан В.М.</b>      | – ректор академії, головний редактор  |
| <b>проф. Бобирьов В.М.</b>  | – перший проректор з науково-педагогічної роботи, відповідальний редактор                       |
| <b>проф. Білаш С.М.</b>     | – начальник відділу з науково-педагогічної роботи та організації навчально-наукового процесу    |
| <b>доц. Лещенко Т.О.</b>    | – зав. кафедри українознавства та гуманітарної підготовки                                       |
| <b>доц. Бєляєва О.М.</b>    | – зав. кафедри іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією                       |
| <b>доц. Карпенко О.О.</b>   | – доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань |
| <b>доц. Панькевич А.І.</b>  | – доцент кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології      |
| <b>доц. Саргош О.Д.</b>     | – доцент кафедри гігієни, екології та охорони праці в галузі                                    |
| <b>доц. Свінцицька Н.Л.</b> | – доцент кафедри анатомії людини  |
| <b>доц. Чорна І.О.</b>      | – доцент кафедри загальної хірургії з доглядом за хворими                                       |
| <b>доц. Ярмола Т.І.</b>     | – доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами                              |
| <b>Нетудихата О.М.</b>      | – зав. навчально-методичного кабінету   |

## ПОКРАЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА РАХУНОК ДОДАТКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО МЕДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОПУЛЯЦІЇ ТА УМОВИ ПРАЦІ

Шинкевич В.І., Писаренко О.А., Удальцова К.О.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*У статті окреслено перспективи, контингент і умови діяльності сучасних лікарів-інтернів. Показано, що організація навчального процесу має враховувати реальність медичної діяльності і зокрема стоматологічної практики та намагатися спрогнозувати цю діяльність на кілька кроків у майбутнє. Якщо майбутні лікарі добре знатимуть такі особливості, безумовно, розчарувань і помилок поменшає.*

**Ключові слова:** використання ліків стоматологічними пацієнтами, доказова медицина, професійне вигорання.

Сучасні складні економічні та політичні умови в Україні вимагають подальшої реорганізації, реформування навчального процесу та розширення взаєморозуміння, зокрема зі стоматологією, на міжнародному рівні. Отримання академічних базових знань з анатомії, фізіології, патологічної анатомії, патофізіології, мікробіології, фармакології та внутрішньої медицини дуже скоро, очевидно, для звичайного стоматолога матимуть велике значення і перетворять його, можливо, з вузького спеціаліста на справжнього лікаря. Адже за демографічними прогнозами, в США до 2050 року 56% населення будуть у віці 55 років, 25% - 65 років [6]. Найшвидше зростаючий віковий контингент населення буде представлений віком 85 років і старше [6]. В Україні, незважаючи на відсутність аналогічних розрахунків, ми практично помічаємо збільшення кількості пацієнтів похилого віку, які потребують стоматологічного лікування. Відповідно до статистики США, 39% осіб у віці старше 65 років мають хронічні захворювання, які обмежують їхню повсякденну діяльність [4]. Найбільш поширені патологічні стани, зазначені в цій доповіді, були такі: хвороби серця, гіпертензія, цукровий діабет, хронічний бронхіт і артрит [4]. Фармакотерапія системних хвороб значно підвищилася, і майже 60% населення США приймають щонайменше один медикамент. Характеристика поточного стану використання ліків у амбулаторній стоматологічній практиці показала відповідні результати. Участь у опитуванні взяли 164 жінки і 158 чоловіків із середнім віком 52 роки (діапазон - 6-94 роки). 64% пацієнтів уживали ліки за рецептом чи без або в обидва способи. Середня кількість загальних ліків (рецептурних, безрецептурних, комбінованих), що припадали на одного пацієнта, була приблизно три. Середня кількість рецептурних препаратів на одного пацієнта становила приблизно два. П'ять найпоширеніших рецептурних класів медикаментів були такі: гіпотензивні засоби (35%), розріджувачі крові (12%), психіатричні препарати (10%), цукрознижувальні препарати (9%) і препарати для лікування виразки шлунка (8%). Найпоширеніші класи безрецептурних ліків - харчові добавки (22%) і вітаміни (12%). Найбільш часто повідомлена медикаментозна алергія була на антибіотики (19%), серед яких пеніцилінові алергії займають перше місце за частотою (11%), і сульфаніламідні препарати - на другому місці (5%) [10]. Щодо частоти поширення алергічних реакцій в Україні, то перше місце займають нестероїдні протизапальні засоби, друге - вітаміни, анестетики - на третьому місці.

Тривала щорічна робота тренінгу з лікарями-інтернами для підготовки до іспиту «Крок 3», також участь у створенні ситуаційних задач для оновлення екзаменаційної бази дали змогу зрозуміти, що є традиційний розрив між академічними знаннями, можливо, навіть дещо застарілими і новаторськими, передовими технологіями. Звісно, на те є ґрунтовні пояснення, приблизно аналогічні, як на відсталість практики від науки. Але відсталість протоколів та клінічних настанов від доказової медицини - це серйозний недолік. Як навчити викладачів і особливо практикуючих лікарів користуватися базами даних доказової медицини - питання, що ґрунтується на знаннях англійської мови [1; 2]. І хоча нам усе ж доступні ці матеріали, слід враховувати всі моменти метааналізів, такі як дослідження на інших популяціях, що проживають у різних кліматогеографічних умовах, поширеність генетичних поліморфізмів знов-таки в інших популяціях і т.п.

Стосовно ж новітніх технологій - це окрема категорія, яка не враховує економічний аналіз у таких надкоммерціаналізованих галузях, як стоматологія, косметологія і т.п. Тому ці досягнення завжди займатимуть окреме місце в навчальному процесі.

Ще одна важлива категорія прогнозів стосовно майбутньої діяльності нинішніх лікарів-інтернів - це ризик розчарування від професійної діяльності та заробітку. Згідно з даними національного опитування США минулого року, американські лікарі страждають більше від професійного вигорання порівняно з іншими професіями [3]. Професійне вигорання визначається як втрата ентузіазму в роботі, почуття цинізму і низької оцінки особистих досягнень. У 2013 39,8% лікарів повідомили про власне професійне вигорання, а у 2014 цей відсоток підвищився до 46%. Серед спеціалістів із найвищими показниками професійного вигорання виявлені лікарі невідкладної допомоги і лікарі первинної ланки; у 2015 році показники становили 53% лікарів реанімації й екстреної медицини (52%) і половину всіх сімейних лікарів, терапевтів (інтерністів) і загальних хірургів.

Наскільки це тяжкий стан - професійне вигорання? Так, було показано, що він негативно впливає на догляд за хворим і підвищує ймовірність покинути свою практику. Рівень самогубства вищий у лікарів із професійним вигоранням порівняно із загальною популяцією [8]. Самі ж лікарі відповідали на це питання від найменшої значимості «професійне вигорання не впливає на моє життя» (1 умовний бал) до 7 - «стан настільки серйозний, що я думаю навіть покинути медичну практику». Цікаво, що найвищі рейтинги важливості стану повідомили нефрологи - 4,30, кардіологи - 4,29 та пластичні хірурги - 4,28, і це були ті спеціальності, серед яких виявлено найнижчий відсоток професійного вигорання.

Наступне важливе запитання - що ж спричиняє професійне вигорання? Бюрократія і втрата автономії (незалежності) були широко відомі й раніше як причини стресу [9, 11]. Нові дані надають додаткові докази попереднього твердження і повідомляють, що недостатній дохід (3,71) і комп'ютеризація (3,68) можуть бути важливими причи-

нами вигорання. Одне дослідження показало, що лікарі з найбільшою кількістю електронних медичних записів одночасно і підлягають найвищому рівню стресу [7].

До професійного вигорання чутливіші жінки (51%), ніж чоловіки (43%); пік вигорання припадає на середній вік: 36 – 45 років і 46 – 55, а потім знижується. Щодо зв'язку із проведенням вільного часу в лікарів із професійним вигоранням і без нього великої різниці не встановлено: і ті, й інші надають перевагу читанню (56%, 53%), культурним подіям (47%, 46%), спортивному відпочинку на відкритому повітрі: гра в гольф (12%, 10%), мисливство чи рибальство (9%, 10%). Вважають, що відпустка знімає стрес, але, парадоксально, результати опитування показали, що навіть серед лікарів, які мають відпустку 2 тижні, професійно вигорілих більше – 36%, порівняно з когортою тих, що працюють без відпустки, – 5%.

І, зрештою, щодо співвідношення професійного вигорання і громадянства, відсоток вигорання найнижчий у лікарів, які переїхали до США дорослими, – 38%, проти 48% від тих, хто народився в США, і 47% тих, хто проживає там із самого дитинства. Опитування не може пояснити ці розбіжності, але один із лікарів додав реальну думку до сухих статистичних розрахунків: коментуючи нещодавню статтю в «Medscape» про самогубства серед лікарів, він сказав: «Я працюю лікарем у місті Мосул, Ірак. Активно практикую з 1977 року. Так який там стрес у США?» [5].

Звісно, неможливо проводити пряму екстраполяцію даних по США на Україну. Наші лікарі відрізняються багато в чому: в США і працюють більше, і більше заробляють, і повага до лікаря та його дохід різко вищі.

Отже, організувати навчальний процес, важливо з урахуванням реалій дійсної практики і пророховувати таку діяльність на кілька кроків уперед. Якщо майбутні лікарі добре знатимуть майбутні умови, то розчарувань і помилок буде значно менше. Важливими завданнями викладача є:

- 1) навчити лікарів-інтернів відрізнити базові академічні знання від новаторських і новітніх технологій;
- 2) навчити майбутнього лікаря користуватися базою даних із доказової медицини;
- 3) пояснити через навчальний процес реальні горизонти професійної діяльності в найближчому майбутньому та як проводити економічний аналіз діяльності й послуг.

#### Список використаної літератури

1. Доказова медицина у розвитку вищої медичної освіти: матеріали навч.-метод. конф. [«Європейський вибір – невід'ємна складова розвитку вищої медичної освіти України»], (Полтава, 2013) / [Скрипников П.М., Шинкевич В.І., Труфанова В.П., Поліщук Т.В.] // МОЗ України, ВДНЗУ «УМСА», 2013.-С.191-193.
2. Шинкевич В.І. Использование веб-ресурсов в последипломном медицинском образовании преподавателя высшей медицинской школы на примере Medscape / В.І. Шинкевич // Український стоматологічний альманах.-2013.-№1.-С.109-111.
3. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population / Shanafelt T.D., Boone S., Tan L. [et al.] // Arch. Intern. Med.-2012.-Vol.172.-P.1377-1385.
4. Changing oral care needs in the United States: The continuing need for oral medicine / [Miller C.S., Epstein J.B., Hall E.H., Sirois D.] // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.-2001.-Vol.91.-P.34-44.
5. Cohen B. 'On a roof looking over the edge': Why physicians commit suicide / B. Cohen // Medscape. December 11, 2014. <http://www.medscape.com/viewarticle/836217> Accessed December 19, 2014.
6. Cohen M.M. Major long-term factors influencing dental education in the twenty-first century / M.M. Cohen // J. Dent. Educ.-2002.-Vol.66.-P.360-373.
7. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study / Babbott S., Manwell L.B., Brown R. [et al.] // J. Am. Med. Inform. Assoc.-2014.-Vol.21(e1).-P.e100-e106.
8. Hampton T. Experts address risk of physician suicide / T. Hampton // JAMA.-2005.-Vol.294.-P.1189-1191.
9. Jensen P.M. Building physician resilience / P.M. Jensen, K. Trollope-Kumar // Can. Fam. Physician.-2008.-Vol.54.-P.722-729.
10. Outpatient Medication Use and Implications for Dental Care: Guidance for Contemporary Dental Practice / Fitzgerald J., Epstein J.B., Donaldson M. [et al.] // J. Can. Dent. Assoc.-2015.-Vol.81.-P.f10.
11. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout / [Keeton K., Fenner D.E., Johnson T.R., Hayward R.A.] // Obstet Gynecol.-2007.-Vol.109.-P.949-955.

## МЕТОД КОНКУРЕНТНИХ ГРУП У ПІДГОТОВЦІ НАУКОВИХ КАДРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Шкурупій Д.А., Ксьонз І. В., Гриценко Є.М.**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*Одним із методів, який відповідає сучасним вимогам підготовки наукових кадрів, є метод конкурентних груп. Його застосування не лише дає поштовх до формування інноваційних ідей, а й розвиває навички роботи в команді, а також виконує виховні дії.*

*Ключові слова: прийняття рішень, підготовка наукових кадрів, метод конкурентних груп.*

З 2014 року в Україні набув чинності новий Закон про вищу освіту [1], який, на відміну від минулої редакції цього документа трактує підготовку наукових кадрів не просто як творчий науковий процес, а як третій (освітньо-науковий) рівень вищої освіти, який, у свою чергу, є восьмим кваліфікаційним рівнем Національної рамки кваліфікацій. Це передбачає здобуття особою теоретичних знань, умінь, навичок та інших компетентностей, достатніх для продукування нових ідей, розв'язання комплексних проблем у галузі професійної та/або дослідницько-інноваційної діяльності, оволодіння методологією наукової та педагогічної діяльності, а також проведення власного наукового дослідження, результати якого мають наукову новизну, теоретичне та практичне значення. Ураховуючи сучасні вимоги в прикладних спеціальностях, зокрема в хірургії, анестезіології та інтенсивній терапії, особливої важливості набуває навчання майбутніх науковців прийняттю диференційованих рішень із розробкою й об'ру-