

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЗ «УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО



МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
**«ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
В УМОВАХ ВІЙНИ
(ОСВІТА, ІННОВАЦІЇ, ДОСВІД)»**
(Суми, 4 квітня 2023 року)



Суми
Сумський державний університет
2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЗ «УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
**«ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
В УМОВАХ ВІЙНИ
(ОСВІТА, ІННОВАЦІЇ, ДОСВІД)»**
(Суми, 4 квітня 2023 року)



Суми
Сумський державний університет
2023

*Рекомендовано до видання
вченою радою Навчально-наукового медичного інституту
Сумського державного університету
(протокол № 7 від 27 березня 2023 року)*

Екстрена медична допомога в умовах війни (освіта, інновації, досвід) :
Е 45 матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (Суми, 4 квітня
2023 року) / редколегія: Ю. В. Шкатула, Ю. О. Бадіон. Суми : Сумський
державний університет, 2023. – 73 с.

Організатор конференції – Сумський державний університет.

Співорганізатори конференції: ДЗ «Український науково-практичний центр
екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» та Тернопільський
національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського.

До матеріалів увійшли тези доповідей учасників Всеукраїнської науково-практичної
конференції «Екстрена медична допомога в умовах війни (освіта, інновації, досвід)»,
що відбулася 4 квітня 2023 року (відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів
та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2023 році» і посвідчення
№ 143 від 13 лютого 2023 року).

ПЛАН РОБОТИ КОНФЕРЕНЦІЇ

4 квітня 2023 року

Модератори:

Півень Андрій Григорович – начальник центру комп'ютерних технологій Сумського державного університету.

Чудаєва Юлія Сергіївна – заступник директора з позанавчальної роботи Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету.

09:00-09:10	Відкриття конференції. Вітальне слово ректора Сумського державного університету Карпуші Василя Даниловича
09:10-09:20	Вітальне слово директора Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету Лободи Андрія Миколайовича
09:30-10:00	Гур'єв Сергій Омелянович , заступник директора Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, доктор медичних наук, професор «Медичний захист населення як компонент національної безпеки України»
10:00-10:30	Гудима Арсен Арсенович , завідувач кафедри екстреної та симуляційної медицини Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, доктор медичних наук, професор «Імплементация методів симуляційного навчання в освітньо-професійну програму підготовки лікаря»
10:30-10:45	Іскра Наталія Іванівна , доктор медичних наук, професор кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Підготовка лікарів з питань надання екстреної медичної допомоги в умовах воєнного стану»
10:45-11:00	Жара Ганна Іванівна , доктор педагогічних наук, професор кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту Національного університету «Чернігівський колегіум» ім. Т. Г. Шевченка «Організація домедичної підготовки в умовах війни в Україні та у світовій практиці»
11:00-11:40	Борисенко Ярослав Володимирович , лікар КНП СОР «Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», здобувач ступеня доктора філософії ННМІ СумДУ «Досвід роботи фахівців екстреної медичної допомоги в умовах війни з росією»
11:40-12:00	Ткаченко Юлія Анатоліївна , кандидат медичних наук, асистент кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ННМІ СумДУ «Принцип DAMAGE CONTROL ORTHOPEDICS при лікуванні вогнепальних поранень кінцівок»
12:00-12:15	Перерва
12:15-12:30	Шкатула Юрій Васильович , доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ННМІ СумДУ «Методи оцінки травматичної крововтрати»
12:30-12:45	Калашнік Олександра Віталіївна, Положій Олександр Володимирович, Букін Михайло Олександрович . Студенти ННМІ СумДУ. «Протокол MARCH»

12:45-13:00	Макуріна Галина Іванівна , доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО Запорізького державного медичного університету «Організація дерматовенерологічної допомоги в кризових умовах»
13:00-13:15	Смолова Жанна Василівна , в. о. директора КЗ СОР «Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М. І. Ситенка» «Організація проведення структурованого клінічного іспиту в Лебединському фаховому медичному коледжі ім. проф. М.І.Ситенка»
13:15-13:30	Бойченко Алєся Олександрівна , заступник директора з навчальної роботи КЗ СОР «Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М. І. Ситенка» «Шляхи формування hard skills та soft skills у Лебединському фаховому медичному коледжі ім. проф. М.І. Ситенка»
13:30-13:45	Мельник Олена Станіславівна , керівник симуляційного центру КЗ СОР «Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М. І. Ситенка» «Симуляційне навчання в системі підготовки здобувачів фахової передвищої освіти: проблеми та перспективи»
13:45-14:00	Макавоз Тетяна Борисівна , викладач КЗ СОР «Шосткинський фаховий медичний коледж», здобувач ступеня доктора філософії ННМІ СумДУ «З досвіду запровадження курсів домедичної підготовки»
14:00-14:15	Редько Сергій Іванович , асистент кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ННМІ СумДУ «Прогностична значимість визначення рівня лактату, як маркеру тканинної гіперперфузії у постраждалих з травматичною крововтратою на ранньому госпітальному етапі»
14:15-14:30	Бадіон Юрій Олександрович , кандидат медичних наук, асистент кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ННМІ СумДУ «Розробка й впровадження програм для мобільних пристроїв в освітній процес та практичну діяльність служби екстреної медичної допомоги»
14:30-14:45	Цурган Анна Станіславівна , фармацевтична корпорація ЮРІЯ-ФАРМ «Догоспітальна аналгезія. Розширення можливостей»
14:45-15:00	Заклучне слово доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ННМІ СумДУ Шкатули Юрія Васильовича

ЗМІСТ

ПЛАН РОБОТИ КОНФЕРЕНЦІЇ.....	3
Bazun Y.I., Shupiatskyi I.M.	
DISTANCE EDUCATION FOR BACHELORS.....	9
Shupiatskyi I.M., Molojanov I.A.	
TACTICAL MEDICINE.....	9
Деміхов А.О., Руденко Т.М.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЇ В РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ.....	10
Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.	
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ.....	11
Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.	
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ.....	12
Кравець О.В., Басва К.В., Іваніщенко А.Я., Огієнко Д.О.	
НЕВІДКЛАДНА ДІАГНОСТИКА ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.....	13
Курочкін А.В.	
НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ФЕБРИЛЬНОЮ НЕЙТРОПЕНІЄЮ.....	14
Макавоз Т.Б.	
З ДОСВІДУ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КУРСІВ ДОМЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ.....	15
Demidenko O.V., Sadowov A.S.	
APPLICATION OF THE BLENDED LEARNING MODEL IN TEACHING MILITARY THERAPY DURING OF THE STATE OF MARTIAL LAW.....	16
Недоступ М.Ф.	
ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА».....	17
Недоступ М.Ф.	
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕТОДІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	18
Редько С.І., Редько О.К., Ткаченко Ю.А., Шкатула Ю.В.	
ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЛАКТАТУ, ЯК МАРКЕРУ ТКАНИННОЇ ГІПОПЕРФУЗІЇ, У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМАТИЧНОЮ КРОВОВТРАТОЮ НА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.....	19
Пацера М.В.	
ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО ТРЕНІНГУ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ ОНЛАЙН НА КЛІНІЧНИХ АФЕДРАХ.....	20
Циндренко Н.Л., Линдін М.С., Лопя Я.С., Романюк А.М.	
АНОМАЛЬНА МАТКОВА КРОВОТЕЧА ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ: ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ДІАГНОСТИКА.....	20
Личко В.С.	
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ НЕВРОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	21
Личко С.О.	
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТОМАТОЛОГІЇ.....	22
Ткачук Т.В., Королюк В.П.	
ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТА ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ДИСТАЙЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (з досвіду роботи).....	23
Дейнега В.А.	
ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ЯКИЙ ПІДХІД ДО РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ Є ОПТИМАЛЬНИМ?.....	24

Симоненко І. А., П'ятикоп Г.І. ДОСВІД НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	25
Зайцев І.Е., Мартиненко Х.С. ВИКОРИСТАННЯ АВІАЦІЇ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....	26
Потебня А.О., Гринзовський А.М., Калашченко С.І., Луцак О.О. ОЦІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЩО ОТРИМАЛИ БОЙОВІ УШКОДЖЕННЯ, СТАНУ ЇХ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ.....	27
Гордієнко О.В. ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ МАЙНДМЕПІНГУ ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ.....	28
Сміян О.І., Тарамак Л.В., Сміян К.О., Кліщ О.О., Бугаєнко В.О., Хоменко О.І., Пікуличский А.С., Редченко В.А., Жмурко О.М. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РИНОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	29
Луцюк А.Д., Бойко Ю.М. ПІДГОТОВКА ПАРАМЕДИКІВ. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	30
Іншина Н.М., Чорна І.В. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	31
Мордань В.Р., Чернацька О.М. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВЕБ-САЙТУ LITFL.COM У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ.....	32
Назаренко О.В. ДОСВІД НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.....	32
Чемерис Ю.О., Перцов В.І. ДОСВІД НАВЧАННЯ НАДАННЮ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ.....	33
Сміян О.І., Васильєва О.Г., Манько Ю.А., Голюк К.О., Фесюн А.Є., Ярьсько Т.Ю., Жигуліна К.О., Лесна К.В., Чуйко В.І. ЙОДОПРОФІЛАКТИКА У РАЗІ РАДІАЦІЙНОЇ НЕБЕЗПЕКИ.....	34
Пашенко І.В. ОПТИМІЗАЦІЯ НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ.....	36
Лотоцький В. В., Шацький В.В., Гарасимів І.М., Сван О.Б. СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ»	36
Жара Г.І. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОМЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ ТА У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ.....	37
Ткаченко Ю.А., Змисля І.Ф., Товчко С.М., Зозуля І.Т. ПРИНЦИП DAMAGE CONTROL ORTHOPEDICS ПРИ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ КІНЦІВОК.....	39
Хижня Я.В. СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В СУМСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....	39
Сміян О.І., Січненко П.І., Бугаєнко В.О., Спічакова Н.М., Кругляк С.І., Хрін Н.В., Романенко Т.В. ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ-ПАРАМЕДИКІВ З ДИСЦИПЛІНИ «ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ДИТЯЧОГО ВІКУ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	40
Лобода А.М., Петрашенко В.О., Погоріла В.В.	

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ПАРАМЕДИКІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ.....	41
Школьна І.І, Сухорученко Д.А.	
ДО ПИТАННЯ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ.....	42
Підкова В.Я.	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ДИСТАНЦІЙНІЙ ОСВІТІ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ.....	43
Соляник О.В.	
ВАЖЛИВІСТЬ НАВЧАЛЬНИХ РОЛІКІВ ТА ВІДЕОФІЛЬМІВ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ ВИКЛАДАННІ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ.....	44
Білас О.Ю., Тігов І.І.	
РЕГІОНАРНА АНАСТЕЗІЯ ПРИ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ НА КІНЦІВКАХ У ПОРАНЕНИХ В УМОВАХ ТИЛОВОГО ГОСПІТАЛЮ.....	45
Побивайло К.А.	
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КОМПЛЕКТУВАННЯ БРИГАД ШМД В УМОВАХ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ.....	46
Горданова Д.С., Луцак О.О., Залапко Н.С.	
ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ТРАВМАХ, ОТРИМАНИХ ПІД ЧАС НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....	46
Калашник К.В., Рябоконт О.В., Фурик О.О.	
ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО ПАЦІЄНТА ПРОТЯГОМ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ.....	47
Жеребнюк М.М.	
РОЛЬ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ ТА ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ФАХОВИХ МОЛОДШИХ БАКАЛАВРІВ МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКОГО МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ.....	48
Потапов О.О., Кмита О.П., Циндренко О.О.	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЩОДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ТРАВМІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	49
Громов С.В.	
ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ, ЯК МЕТОДУ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА МЕДИЦИНИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....	50
Волошина Н.І.	
КОНКУРСИ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ, ОЛІМПІАДИ З КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН, СТУДЕНТСЬКІ КОНФЕРЕНЦІЇ ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ ФОРМУВАННЯ SOFT SKILLS МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	52
Сміян О.І., Горбась В.А.	
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ TUTORCARE НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ ДИСТАНЦІЙНО В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ.....	53
Матвійчук М.В., Ангельська В.Ю., Гуменюк Н.І., Поляруш В.В.	
АНАЛІЗ ДІЄВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ.....	54
Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю.	
ПРИНЦИПИ ЗДІЙСНЕННЯ МЕДИЧНОГО ЗАХИСТУ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	55
Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Лисун Д.М.	
«МЕДИЧНИЙ ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ ЯК КОМПОНЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ»	55
Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю.	

ПРИНЦИПИ ПІДГОТОВКИ МЕДИКІВ ДЛЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ЗА УМОВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	56
Бойченко А.О.	
ФОРМУВАННЯ HARD SKILLS ТА SOFT SKILLS У ЗДОБУВАЧІВ ОСВИТИ ЛЕБЕДИНСЬКОМУ ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. ПРОФ. М.І.СИТЕНКА...	57
Pernakov M.S., Ryabenko T.V., Omelchenko D.S., Birin O.S.	
PERSONAL EXPERIENCE OF "SIMULTANEOUS" CONDUCT WITH STUDENTS OF MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF FACE-TO-FACE AND ON-LINE EDUCATION DURING THE PERIOD OF MARTIAL STATE IN THE COUNTRY AT THE BORDER TERRITORIES WITH THE AGGRESSOR COUNTRY.....	58
Мельник О.С.	
СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ..	60
Смолова Ж.В.	
СТРУКТУРОВАНІЙ КЛІНІЧНИЙ ІСПИТ. ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ У ЛЕБЕДИНСЬКОМУ ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА...	61
Юрченко А.В., Гоцуляк А.В.	
ІНСТРУКТАЖ (НАВЧАННЯ) ОСОБОВОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	62
Ленець О.Є.	
ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЗА НАПРЯМКОМ «ОХОРОНА ПРАЦІ» ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КОЛЕДЖАХ.....	63
Лобатюк М.Є., Клименко Н.В.	
ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ.....	64
Коробкова Т.М., Деменко М.М.	
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	65
Захарченко Ю.В.	
ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС.....	66
Шевчук А.М.	
ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ.....	67
Заходякіна М.В., Чиняк О.С.	
ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ У НАВЧАННІ ПАРАМЕДИКІВ.....	68
Сван О.Б., Лотоцький В.В., Гарасимів І.М., Шацький В.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ» ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ НА БАЗІ СИМУЛЯЦІЙНОГО ЦЕНТРУ.....	68
Іванцова Л.А.	
СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДСЕСТРИНСТВО У ВНУТРІШНІЙ МЕДИЦИНІ»	69
Роров S.V.	
USING THE CLINICAL REASONING TRAINING PROGRAM "CASUS" TO IMPROVE THE SKILLS OF CLINICAL THINKING OF STUDENT.....	70
Бадіон Ю.О., Шкатула Ю.В.	
РОЗРОБКА Й ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДЛЯ МОБІЛЬНИХ ПРИСТРОЇВ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС ТА ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ СЛУЖБИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	71
Білецька А.Г.	
ПРОБЛЕМИ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У КЗ СОР «СУМСЬКИЙ ФАХОВИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ».....	72

DISTANCE EDUCATION FOR BACHELORS

Bazun Y.I., Shupiatskyi I.M.

Kyiv International University, Kyiv. Ukraine

Relevance of problem Structural changes in the world education system that have occurred since the second half of the twentieth century, due to the development of scientific and technological progress, have affected all aspects of society. The emergence of distance learning is not a sudden event, at all times the need for education has remained at a high level. The advent of the Internet and the acceleration of the pace of scientific progress only contributed to the spread of this format of education.

Purpose Modern distance learning is one of the dynamic and rapidly developing sectors of higher education. The rapid development of information technology currently allows distance learning to compete with the traditional learning model. It should be noted that in Western countries distance learning has long been used for various forms of education and is more widespread than in Russia. So, according to expert data, in foreign countries distance learning is more popular than in Ukraine, so more than 70% of foreign students choose distance learning, in Ukraine it is much less.

Materials and methods of research every fifth full-time student surveyed had experience of distance learning until March 2020 (21.8%), every third 32.8% in part-time.

To the question, "How do you see the place of distance learning in universities?" the majority of teachers and students answered that they see distance learning as an auxiliary education, and not the main one, as 87% of the surveyed teachers and 59.6% of students think so. However, the position on the question of choosing a specific option for distance learning is changing. If they were offered to transfer to distance learning, 8.1% of students would choose this option. Another 15.7% of the students surveyed have doubts, but generally accept this format for themselves. Thus, almost every fourth of the students who took part in the survey shows interest in distance learning.

Results Most teachers do not consider distance learning to be a quality form, there are a number of reasons for this, for areas of training, the largest component of which is practice, distance learning remains much less effective in quality than full-time, distance learning is not suitable for areas of training, an essential aspect which is communication with people and teamwork. In addition, there are no guarantees that the work done by the student is done by him independently, since it is impossible to provide a sufficient level of control, the quality of the education received largely depends on the student himself.

Conclusions In general, conflicting trends are manifested here - there is clearly a demand for greater interactivity of training, on the other hand, not everyone can fully participate in it due to technical problems.

To the question "In your opinion, how suitable is distance learning for a pedagogical university?" the majority of respondents answered that distance learning is "acceptable for teaching certain disciplines", this answer option was chosen by 59.49% of respondents. "Not suitable for the training of teaching staff" answered 21.51% of the respondents. "Suitable for teaching students who already have teaching experience" – 17.7%. And only 1.3% of the respondents answered that "A complete transition to a remote format is possible".

Only certain disciplines, according to the interviewed teachers, can be taught remotely, because there are subjects that require the direct full-time participation of students and teachers.

TACTICAL MEDICINE

Shupiatskyi I.M., Molojanov I.A.

Kyiv International University, Kyiv. Ukraine

Relevance of problem Tactical medicine is a set of medical and tactical measures carried out directly on the battlefield and throughout the pre-hospital stage of first aid and extended first aid to the wounded, aimed at eliminating life-threatening conditions, preventing the development of severe complications and maintaining vital body functions during evacuation. These activities are carried out as elements of self- and mutual assistance. The concept of "tactical medicine" does not run counter to the

existing system of staged assistance and medical evacuation. While maintaining similar goals and objectives, it includes an expanded range of manipulations and powers of the caregiver, based on his real skills, and not formal affiliation with the medical staff. In fact, this concept combines the activities of first, pre-medical and first medical aid.

Purpose The purpose of this study is to summarize the modern principles of emergency medical care used in tactical medicine.

In order to implement priority measures to save the life of the wounded, servicemen should be provided with modern hemostatic tourniquets and hemostatic drugs based on chitosan, a multifunctional bandage of the Compressed Gauze type and an occlusive hermetic bandage, which is included in the individual dressing package. At an early hospital stage, the volume of surgical treatment of a combat injury should be clearly regulated by the relevant protocol.

Materials and methods of research The experience of organizing the Emergency Medical Service in the United States (1996) showed the feasibility of creating specially trained EMT teams, they were called "tactical medicine teams". The main task of tactical medics is to provide medical supplies to special operations and provide emergency medical care to victims of gunshot and mine-explosive wounds in dangerous areas. To work out issues of interdepartmental and sectoral coordination, authorized representatives of the EMP service are involved in the planning of the operation within their competence. According to the U.S. Military Hospital Combat Injury Registry, the severity of injuries sustained in modern warfare exaggerates the maximum scores of standardized injury severity rating systems. The study of the structure of the mechanism of injury, which led to deaths during military operations, showed the prevalence of mine-explosive (55.65%) and penetrating gunshot wounds (28.71%).

Results Thus, the main cause of deaths among police officers and other participants in operations in 61% of cases was arterial bleeding from a wounded limb, in 33% – tension pneumothorax, in 6% – respiratory tract injury, which required timely surgical treatment. All reported deaths were identified as potentially preventable.

Conclusions The studies carried out made it possible to develop the basic principles of tactical medicine, which mirrored the priority measures to save the life of the wounded: stopping external bleeding through the application of a tourniquet, after reviewing the protocols for providing emergency medical care to the wounded in 2003–2006. to stop external bleeding, it is recommended to use hemostatic agents such as Celox (Great Britain) or QuikClot (USA).

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЇ В РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ

Деміхов А.О., Руденко Т.М.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Доведено, що тривале та стійке підвищення артеріального тиску (АТ) призводить до ураження органів-мішеней і спричиняє високу смертність та інвалідність населення працездатного віку.

Етіологія артеріальної гіпертензії залишається недостатньо вивченою, але велика кількість наукових досліджень доводять, що на ряду з генетичними та поведінковими чинниками, психосоціальний стрес є важливим фактором ризику.

Завданням дослідження стало виявлення особливостей перебігу стрес-індукованої артеріальної гіпертензії (СІАГ) з метою оптимізації лікування зазначеної патології.

Стрес концептуалізується як сприйняття вимог навколишнього середовища, які перевищують ресурси людини для адаптації до ситуації. Інтенсивність і тривалість впливу пов'язані із стійким підвищенням АТ та трансформацією у захворюваність на гіпертонію. Ключовим патогенетичним механізмом розвитку АГ під впливом психоемоційного стресу є надмірна активація симпатoadреналової системи (САС), що супроводжується підвищенням частоти серцевих скорочень (ЧСС), серцевого викиду і, як наслідок, підвищенням АТ.

Враховуючи реалії сьогодення в Україні, особливого значення набуває такий варіант СІАГ, як артеріальна гіпертензія воєнного часу (АГВЧ). При АГВЧ спостерігаються більш значне підвищення АТ, більш частий розвиток гіпертонічних кризів, що можуть супроводжуватися

порушеннями ритму або проявлятися особливо в осіб середнього віку у вигляді гострої гіпертензивної енцефалопатії або транзиторної ішемічної атаки і серцевої недостатності (СН).

АГВЧ, як правило, швидко прогресує при продовженні впливу стресу. При АГВЧ набагато частіше, розвиваються тяжкі атеросклеротичні ураження різних судинних басейнів, що призводять до розвитку ішемічної хвороби серця, порушень ритму, СН і інфаркту міокарда.

Детальні підходи до лікування СІАГ і особливо АГВЧ розроблені недостатньо, Ускладнювати вибір препаратів для лікування може і клінічна стадія у якій звертається пацієнт.

Початкова стадія СІАГ, робить доцільним використання β -блокаторів третього покоління, зокрема небіволола, як одного з компонента специфічної антигіпертензивної терапії.

В останніх настановах Європейського товариства кардіологів із лікування гіпертензії рекомендується вибір небівололу на підставі доказів більш сприятливих ефектів на цАТ, еластичність судин, ендотеліальну дисфункцію, а також покращеного профілю безпеки порівняно з класичними β -блокаторами.

Серед переваг небівололу наступне: не порушує дилатацію прекапілярних судин скелетних м'язів і не викликає швидко втомлюваність від фізичних навантажень; не впливає на еректильну функцію; має нейтральний, а за висновками деяких авторів – навіть сприятливий, метаболічний профіль; вирізняється довготривалою дією, тому порушення комплаєнсу пацієнтом не загрожує піковим зростанням тиску: пропуск однієї дози не призводить до значного підвищення АТ.

Висновки. 1. Лікування СІАГ повинно бути системним і починатися з поведінкової корекції, яка полягає у відмові від тютюнопаління та зловживання алкоголем, обмеження кофеїн-вмісних напоїв та кількості повареної солі в їжі. 2. Ендотелійзалежні ефекти небівололу можуть трансформуватися в профілактику серцево-судинних подій при АГВЧ. 3. З урахування первинної ролі стресу, у хворих на АГВЧ, обов'язковим є також використання седативних препаратів та антидепресантів.

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

Актуальність. Особливості умов сучасного життя, враховуючи воєнний стан, призвели до парадигмальних змін у педагогічному дискурсі підготовки здобувачів післядипломного рівня. Так, на перший план виходить застосування дистанційних технологій, а взаємовідносини викладач-лікар-інтерн існують в межах онлайн спілкування. Дерматовенерологія є однією з найбільш візуально орієнтованих спеціальностей, що потребує формуванню у майбутніх спеціалістів клінічного мислення не лише базуючись на теоретичному матеріалі, а враховуючи особливості локального статусу різних нозологій. Під час кризових ситуацій державного масштабу, безпосередній контакт із пацієнтом може бути обмеженим. Саме тому, важливим залишається генерування навчально-методичних доробок з акцентуацією на розгляд клінічних випадків із фото демонстрацією дерматозів.

Метою даної роботи є висвітлення власного досвіду використання онлайн фото демонстрації клінічних кейсів захворювань шкіри на практичних заняттях з лікарями-інтернами. А також аналіз зворотного зв'язку від здобувачів щодо рівня засвоєваності та зацікавленості представленого наочного матеріалу.

Матеріали і методи дослідження. На базі кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО протягом одного навчального семестру були проведені щоденні практичні заняття в режимі реального часу з демонстрацією фото- та відео матеріалів у вигляді клінічних кейсів для 34 здобувачів (20 лікарів-інтернів 1-го року навчання, 14 – 2-го). Особисті коментарі майбутніх спеціалістів було зібрано після завершення очного циклу, використовуючи опитувальник створений на платформі MS Forms.

Результати. У межах виконання обов'язків щодо лікарської діяльності, співробітники кафедри з перших днів війни продовжили консультивати пацієнтів в дерматовенерологічних

відділеннях міста Запоріжжя. Регулярна фотофіксація клінічних проявів дерматозів, забезпечила формування бази кейсів, що паралельно демонструвалися лікарям-інтернам. Варто акцентувати, що усі зображення було зроблено тільки за згодою та дозволом пацієнтів. На заняттях в режимі реального часу, здобувачі мали змогу приймати участь у інтерактивному обговоренні нозологій. Створення умов імітації «живого» спілкування з пацієнтами, враховуючи скарги, анамнестичні дані та фото дерматозу, сприяло більшому заохоченню до вивчення дисципліни. Тому, наступним кроком у вивченні нозологій стали детальні огляди світових клінічних гайдлайнів. Таким чином, сформована систематизація візуального та теоретичного стала ключовим підходом до підготовки спеціалістів, навіть в умовах відеоконференції. Після закінчення навчального семестру, лікарі-інтерни мали змогу залишити відгуки та пропозиції щодо опрацювання матеріалу у такому форматі. Усі респонденти позитивно відреагували на навчання з симулятивними компонентами. Відтворення консультативного прийому та можливість продовжити спостерігати за пацієнтами викликало неприхований інтерес у здобувачів з бажанням продовжувати розбори із залученням фото- та, додатково, відео-фіксації. Результативність такого викладання та рівень засвоєності інформації підтверджено на практично-орієнтованому контролі знань з фінальним середнім балом серед усіх лікарів-інтернів – 4,5.

Висновки. Таким чином, методика наочного використання фото зображень при вивченні дисципліни «Дерматовенерологія», вказує на ефективність та систематичність даного педагогічного підходу, а також готує майбутніх спеціалістів до опрацювання цифрового матеріалу у рамках розвитку телемедичних консультацій під час кризових ситуацій.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Актуальність. Війна докорінно змінила усі сфери життєдіяльності у нашій країні і медицина не стала виключенням. Робота лікарів в умовах кризових ситуацій є найбільш актуальним питанням сьогодення. Таким чином, на перший план виходять методики дистанційного надання медичних послуг, а активне використання месенджерів населенням сприяє стрімкому переорієнтуванню на діджиталізовані ресурси. Звичайно, дерматовенерологія, у даному випадку, є однією із найбільш мобільних спеціальностей, враховуючи перевагу візуальних компетенцій з можливістю оцінки стану шкіри за допомогою фотозображень. У той же час, використання телемедичної практики дозволяє контролювати діагностично-лікувальний процес, оцінюючи динамічні зміни захворювань шкіри. Це, в свою чергу, підвищує комплаєнсність у взаємовідносинах «лікар-пацієнт», додатково впливаючи на нормалізацію емоційної лабільності та психосоматичного фону хворих із дерматологічною патологією.

Метою даної роботи є аналіз клінічного розподілу нозологій та перебігу захворювань шкіри при наданні допомоги в кризовий період військовим та цивільним особам в умовах телемедичної консультації.

Матеріали і методи дослідження. Співробітниками кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО ЗДМУ за рік воєнного стану було проведено 344 онлайн-консультації за допомогою месенджерів в синхронному та асинхронному режимах, а також проаналізовано структуру розподілу та особливості перебігу дерматозів.

Результати. З початку повномасштабного вторгнення, значно збільшилась кількість онлайн консультацій, навіть у порівнянні із періодом пандемії та епідеміологічних обмежень.

Соціально-демографічний розподіл пацієнтів при онлайн-консультації виглядає наступним чином: 29,7% – особи на тимчасово окупованих територіях; 26,7% – цивільне населення за кордоном; 25,3% – військовослужбовці; 18,3% – внутрішньо переміщені особи в межах нашої країни. Така тенденція обумовлена неможливістю отримати вузькопрофільну консультацію, в залежності від умов перебування, а також перешкодами на рівні недостатнього знання мови за кордоном та низького рівня адаптації у новому соціумі. Потреба у наданні дерматологічної

допомоги педіатричного профілю виникала у 29,6% випадках. Аналізуючи розподіл нозологій серед усіх звернень, було встановлено, що переважна більшість пацієнтів зверталися із паразитарною та інфекційною патологією (79%), яка включала наступні стани: бактеріальні ураження, короста, педикульоз, мікози волосистої частини голови та гладкої шкіри. У меншості визначено загострення хронічних дерматозів (20%) – псоріаз, екзема, атопічний дерматит та аутоімунні стани (1%) – дерматомиозит, червоний вовчак. Варто відзначити, що ескалація хронічних захворювань у більшості випадків стала можливою завдяки сильному порушенню психо-емоційного стану пацієнтів, неможливістю придбати системні та топічні лікарські засоби, які б контролювали стан ремісії. Окремо виділяється ятрогенний чинник: неконтрольоване призначення лікарями дерматовенерологами та загальної практики системних глюкокортикоїдних засобів тривалої дії, що ставить пацієнта у «глухий кут» при подальшій терапії із значним впливом на якість життя у довготривалій перспективі.

Висновки. Війна у нашій країні, беззаперечно, змінила не тільки особливості надання допомоги з тенденційним переходом до дистанційного консультування, але вплинула і на структуру та перебіг дерматозів, що потребує акцентуації лікарів-дерматовенерологів у подальшій практичній діяльності.

НЕВІДКЛАДНА ДІАГНОСТИКА ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Кравець О.В., Баєва К.В., Іваніщенко А.Я., Огієнко Д.О.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Незважаючи на успіхи сучасної хірургії, летальність при травматичних ушкодженнях органів черевної порожнини коливається від 9,5 до 55,3%. Діагностика закритих ушкоджень органів черевної порожнини залишається складним завданням. Частота діагностичних помилок сягає 38,9%. З урахуванням вище зазначеного зберігається необхідність у створенні чіткого діагностично-лікувального алгоритму.

Мета – оцінити діагностичну значущість різних методів діагностики у пацієнтів із закритою травмою живота.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 98 осіб із закритими ушкодженнями органів черевної порожнини. Вік пацієнтів: від 19 до 78 років. Пошкодження селезінки було діагностовано у 45 (45,9%) травмованих, печінки – 20 (20,4%), кишечника – 9 (9,2%), брижі – 8 (8,1%), великого сальника – 7 (7,1%), травма двох та більше органів черевної порожнини – у 9 (9,2%).

Усі пацієнти оглядалися хірургом, анестезіологом-реаніматологом. Паралельно проводилися заходи щодо забезпечення збереження життєвих функцій організму. Постраждалими проводилася активна лабораторна та інструментальна діагностика залежно від стабільності гемодинаміки та наявності чи відсутності ознак геморагічного шоку. У діагностичній програмі використовували ультразвукове дослідження (УЗД) (FAST), комп'ютерну томографію, діагностичний лапароцентез, лапароскопію, рентгенологічне дослідження. Додатковим, але не вирішальним методом діагностики, було лабораторне дослідження крові.

Результати. УЗД застосовувалося як скринінговий метод діагностики в перші 15-20 хвилин з моменту доставки потерпілого. Час проведення УЗД при травмі живота у FAST обсязі займав до 5 хвилин. Завданням було виявлення вільної рідини в черевній порожнині та визначення її об'єму. Позитивний результат УЗД склав 90%.

Діагностичний лапароцентез виконували у випадках сумнівних результатів УЗД за умов дефіциту часу та відсутності можливості для виконання лапароскопії. Час від моменту госпіталізації до встановлення остаточного діагнозу склав 25 ± 5 хвилин. Чутливість та специфічність методу склали 100%. При використанні лапароскопії час до встановлення остаточного діагнозу становив 37 ± 6 хвилин. Чутливість та специфічність методу – 100%. Перевагою лапароскопії перед лапароцентезом була можливість встановлення джерела кровотечі та виявлення пошкодженого органу.

Комп'ютерна томографія використовувалася у разі стабільної гемодинаміки. Перевага методу полягала в можливості провести одночасне дослідження голови, органів грудної порожнини, живота. Чутливість та специфічність при діагностиці пошкоджень паренхіматозних органів – 95%.

Рентгенологічне дослідження допомагало встановити характер травми за наявності вільного газу в черевній порожнині. Ознака була інформативною лише у 76% випадків. При шоківому стані хворого рентгенологічне дослідження не проводилося.

Висновки. Для ранньої діагностики ушкоджень органів черевної порожнини необхідно використовувати комплекс діагностичних заходів, що залежить від клінічної ситуації та дозволяє найбільш швидко встановити діагноз.

При неясній клінічній картині та сумнівних результатах УЗД необхідне виконання інвазивних методів діагностики. Застосування лапароцентезу є доцільним в умовах, що виключають використання лапароскопії. Діагностична лапароскопія дозволяє визначити об'єм ушкоджень та обрати раціональну лікувальну тактику.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ФЕБРИЛЬНОЮ НЕЙТРОПЕНІЄЮ

Курчкін А.В.

КНП Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний онкологічний центр»
Суми. Україна.

Актуальність проблеми. Фебрильна нейтропенія є потенційно небезпечним для життя станом і визначається як одноразове підвищення температури тіла $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ або $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$, що утримується протягом 1 години. Лихоманка поєднується з тяжкою нейтропенією, коли абсолютне число нейтрофілів (АЧН) складає < 500 клітин/мм³ або очікується, що дана подія станеться протягом наступних 48 годин. З фебрильною нейтропенією стикається до 50 % пацієнтів із солідними пухлинами та близько 80 % пацієнтів із гематологічними злоякісними новоутвореннями, що отримують курси цитотоксичної терапії. Найчастіше даний стан є наслідком транслокації кишкових бактерій за відсутності прямої антимікробної дії та імунного захисту, обумовленого нейтрофілами. До факторів ризику відносять АЧН < 1000 клітин/мм³ протягом > 7 днів, старший вік, наявність супутніх захворювань і пізні стадії захворювання. Фебрильна нейтропенія вважається невідкладним станом, оскільки загальна смертність за наявності даного ускладнення складає від 5% до 20% та зростає до 50% серед пацієнтів із септичним шоком.

Мета. Ознайомитися із сучасним лікуванням і принципами невідкладної допомоги пацієнтам з фебрильною нейтропенією.

Матеріали та методи. Проведений науковий пошук в базі даних Scopus та WoS для вивчення сучасних методів лікування фебрильної нейтропенії у онкологічних пацієнтів.

Результати дослідження. Сучасний менеджмент фебрильної нейтропенії полягає у стратифікації пацієнтів за шкалою ризиків MASCC (Міжнародна асоціація спеціалістів з підтримувальної терапії в онкології), яка враховує наявність чи відсутність у пацієнта артеріальної гіпертензії, хронічного обструктивного захворювання легень, тип пухлини, тяжкість перебігу захворювання, волемічний статус, вік, грибкові інфекції в анамнезі.

На низький ризик розвитку інфекції вказує сума балів 21 та більше. Такі пацієнти можуть в амбулаторних умовах приймати 750 мг ципрофлоксацину 2 рази на день у комбінації з амоксициліном/клавуланатом 500/125 мг кожні 8 годин. Альтернативою є моксифлоксацин у якості монотерапії.

Пацієнти, у яких сума балів складає менше 21 потребують негайної госпіталізації та внутрішньовенного введення антибіотиків. Під час госпіталізації беруть зразки крові для культурального дослідження. З тією ж метою роблять бактеріологічний посів сечі, мокротиння, калу. Після цього розпочинають емпіричну антибіотикотерапію (оптимально це робити протягом першої години після госпіталізації). У випадку монотерапії найчастіше призначають цефепім, імipенем, меропенем, цефтазидим та зосин. Іноді ці препарати комбінують з аміноглікозидами.

Якщо протягом 4 днів не відбулося нормалізації температури тіла, то рекомендується додати емпіричний протигрибковий засіб та препарат з активністю проти цвілевих грибків.

Висновки. Завдяки шкалі MASCC можна визначити ризики розвитку інфекційних ускладнень та виокремити групу пацієнтів, що потребують невідкладної госпіталізації. Вчасна антибактеріальна та протигрибкова терапія дозволяє значно зменшити смертність від фебрильної нейтропенії серед онкологічних пацієнтів.

З ДОСВІДУ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КУРСІВ ДОМЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ Макавот Т.Б.

КЗ Сумської обласної ради «Шосткинський фаховий медичний коледж»
Шостка. Україна

Актуальність проблеми. В перші дні повномасштабного вторгнення постало питання виживання. Складовою програми вижити є вміння надати своєчасну домедичну допомогу як собі так і своїм рідним. Правильно надана перша домедична допомога: відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів, легенево-серцева реанімація, зупинка критичної кровотечі, розміщення потерпілого в безпечному положенні – може врятувати життя багатьом постраждалим внаслідок нещасних випадків. Кожен повинен знати принципи надання першої допомоги та надавати її до приїзду швидкої допомоги.

Мета. На прикладі власного досвіду, висвітлити сучасний стан та перспективи розвитку домедичної підготовки в Україні. Акцентувати увагу на проблемах та викликах, з якими ми зіткнулися під час навчання в екстремальних умовах.

Матеріал і методи досліджень. Спостереження за особами, які отримували навички з домедичної допомоги з лютого по грудень 2022 року. За цей період отримали первинні знання з домедичної допомоги знання близько 800 осіб. Вік варіював від 16 до 80 років.

Результати. 26.02.2022 року на базі Шосткинського фахового медичного коледжу почали свою просвітницьку роботу серед населення з надання домедичної допомоги волонтери-викладачі. Для навчання була розроблена програма, на основі наказу МОЗ України від 29.03.2017 № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти», в подальшому проводилась корегування програми, згідно наказу МОЗ України від 09.03.2023 № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах», та міжнародних рекомендацій. Після проведення аналізу наявних та доступних засобів для надання допомоги в екстремальних умовах, програму адаптувала під потреби та виклики. Навчали поведінці в небезпечних умовах, зупинці кровотечі, як регламентованими так і підручними засобами, а також серцево-легеневій реанімації. Теорія займала третину курсу, дві третини – відпрацювання практичних навичок. В перший місяць війни заняття проводились щоденно, крім неділі, а за попитом й у неділю. Слухачів було щоденно від 10 до 30. Після звільнення Сумщини, популярність курсів знизилась і, в подальшому, набирали групи три рази на тиждень, мінімальна група 10 осіб. Лекційний матеріал подавався в живому спілкуванні. Перед початком кожної лекції з'ясовувався рівень обізнаності слухачів щодо домедичної допомоги. Зазвичай він був низький. Основу знань становили застарілі традиційні уявлення про медицину, відомості з художньої літератури та фільмів. У більш юного покоління знання склалися з мішанини популярних роликів. Мотивація до навчання була високою. Після закінчення курсу, відводився час для запитань. З урахувань загроз від ворога, проводили великі лекційні заняття з тем: «Хімічна загроза, як реагувати», «Ядерна безпека, алгоритм дій для населення». Крім того, велась широка просвітницька робота як в соціальних мережах так і на місцевих телеканалах.

В подальшому на основі волонтерської просвітницької роботи створені курси для працівників освіти, які пройшли близько 600 осіб. Відгуки слухачів курсів були позитивні. Вони відмічали, що такі курси необхідно проходити щорічно, підкреслювали актуальність отриманих знань, появу впевненості і позитивний психологічний ефект.

Висновки. Війна різко змінило життя людей, їх жахає втрата здоров'я та неможливість врятувати своїх рідних. Проведення курсів домедичної допомоги не тільки дійсно рятує життя, а

також має психологічний ефект і дає надію людині на позитивний результат. Розроблення єдиної стратегії домедичної допомоги для населення є пріоритетною задачею, в цю програму повинні включати не тільки просвітницькі курси, важливо також залучати всю інформаційну мережу країни.

APPLICATION OF THE BLENDED LEARNING MODEL IN TEACHING MILITARY THERAPY DURING OF THE STATE OF MARTIAL LAW

Demidenko O.V., Sadomov A.S.

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia. Ukraine

Introduction. The full-scale Russian invasion of Ukraine, which began on February 24, 2022, caused an unprecedented multi-vector crisis, including an educational one, that engulfed our entire country. By the decree of the President of Ukraine "On the introduction of martial law in Ukraine" dated February 24, 2022 No. 64/2022, martial law was introduced in Ukraine, which continues to this day. The functioning of the system of higher medical education in the conditions of martial law is characterized by an intensive search for new approaches to learning, innovative forms of organization of the educational process, effective pedagogical and information technologies. Under such conditions, the blended learning model is an important tool for acquiring education knowledge in military therapy, which is directly related to the introduction of new teaching methods based on a combination of traditional approaches to the organization of the educational process and distance learning technologies.

The aim of the study is to improve educational process in teaching military therapy to 5th-year students under martial law.

The positive aspects of using the blended learning model are the combination of various technologies into a single integrated approach to learning. Teaching materials are presented both as part of an online lecture or a distance course, which involves the student's independent work, and as part of a direct discussion that takes place during classes in real time using distance learning services. The implementation of the model of a blended form of education during the study of military therapy was carried out with the help of the Microsoft Teams service and related programs, as well as electronic resources of the Zaporizhzhia State Medical University. To ensure the proper level of preparation and control of results, teachers created packages of quizzes in MS Forms, conducted real-time classes in MS Teams, used MS Calendar and other services. At the department, during the study of military therapy, 14 scenarios of the virtual patient Body Interact are actively used, which are used when mastering emergency conditions, providing therapeutic assistance in life-threatening conditions at the stages of medical evacuation, as well as when studying diseases of internal organs during combat surgical trauma and injuries in the conditions of disasters and peacetime accidents. The experience of teaching military therapy based on the blended learning model has shown that most of students have a positive attitude to changes in the learning format and try to complete assignments on time and join online meetings in a timely manner. It is obvious that the work of a teacher with the introduction of a blended learning model about practical classes requires even more time than the time spent in classes. This happens at the expense of additional time for individual and control tasks, quizzes, and discussion of student errors.

Conclusion: the use of the blended learning model in teaching military therapy did not have a negative impact on the quality of the educational process, and in the conditions of the ongoing state of war, it remains one of the effective tools for obtaining higher education.

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА»

Недоступ М.Ф.

Навчально-науковий інститут ім. Е.О. Дідоренка
Донецького державного університету внутрішніх справ, Івано-Франківськ. Україна

Актуальність проблеми. Проблема наочності при вивченні дисципліни «Домедична підготовка», особливо при дистанційній формі навчання, набуває все більшого значення. На сьогодні стрімко поширюється використання технологій візуалізації навчального матеріалу за допомогою комп'ютерних засобів, що самостійно створюються викладачем за допомогою програмного забезпечення.

Мета дослідження полягала в тому, щоб проаналізувати особливості створення та ефективності використання мультимедійної презентації в досягненні навчальних та виховних цілей лекцій і практичних занять із домедичної підготовки в Навчально-науковому інституті імені Е.О. Дідоренка Донецького державного університету внутрішніх справ.

Результати. Одним із перспективних напрямів модернізації сучасної освіти є використання мультимедійних технологій, які суттєво покращують якість навчально-методичного забезпечення (презентація, відео, аудіо). Крім того, зорове сприйняття певного матеріалу є більш емоційним, що сприяє кращому запам'ятовуванню.

Найбільш поширеною програмою для створення презентацій є Power Point, яка є складовою частиною пакета Microsoft 365. Презентація підсилює виступ доповідача через візуальне сприйняття інформації.

Відносно домедичної підготовки при вивченні анатомічної будови організму, мультимедійні засоби дають можливість більш яскраво демонструвати структуру окремих органів і систем. Відеоматеріали забезпечують сприйняття реальної ситуації під час надання першої допомоги в динаміці, а огляд звичайного медичного спорядження – у просторовому розташуванні.

Використання комп'ютерних технологій 3D-графіки при вивченні предмету «Домедична підготовка» допомагає курсантам побачити кінцевий варіант складних фізіологічних процесів в органах і тканинах організму людини (газообмін у легенях, скорочення серцевого м'яза, кровообіг у судинах, процес травлення тощо), а також забезпечити об'ємне їх сприйняття. Завдяки тривимірному зображенню, значно поліпшується просторове сприйняття анатомо-фізіологічної будови організму, що дуже важливо для засвоєння основ надання першої допомоги.

У пригоді при вивченні дисципліни «Домедична підготовка», зокрема анатомо-фізіологічної будови організму людини, стали численні електронні 3D-атласи з анатомії, які дозволяють побачити об'ємне зображення тіла людини й окремих органів (Anatomy Learning, 3D Organon Anatomy, Osseous System 3D, Visual Anatomy Free та інші). Крім того, доступними для використання є різні додатки на Microsoft, Play Market, App Store, які легко встановлюються на ноутбук або смартфон. Дуже корисними виявилися при підготовці до занять такі освітні портали, як: Teachmeanatomy, Mozaweb, Lifeliqe, Kenhub.

Також під час вивчення дисципліни «Домедична підготовка» курсанти мають широкі можливості використовувати on-line сервіси Human Anatomy Atlas та Biodigital, де можна знайти велику кількість анатомічних об'єктів у 3D-форматі.

Висновки. Таким чином, використання сучасних мультимедійних технологій свідчить про актуальність застосування комплексу комп'ютерних інформаційних технологій для оптимізації навчального процесу з домедичної підготовки, сприяє більш ефективному засвоєнню курсантами навчального матеріалу дисципліни, підсилює просторове сприйняття, стимулює появу дослідницького духу у використанні інтернет-технологій.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕТОДІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Недоступ М.Ф.

Навчально-науковий інститут ім. Е.О. Дідоренка
Донецького державного університету внутрішніх справ, Івано-Франківськ. Україна

Домедична підготовка є невід'ємним компонентом професійної підготовки працівників Національної поліції, загальною метою якої є зберегти життя постраждалого до прибуття рятувальників та екстреної медичної допомоги та ефективно використати будь-який шанс для його порятунку. У працівників поліції є достатньо виражена психологічна мотивація до порятунку життя ближнього, яку можна посилити в ході занять з домедичної підготовки при відпрацюванні дій медичного характеру в екстремальних ситуаціях.

Знати прийоми і навіть володіти навичками надання першої медичної допомоги ще не означає уміти ними скористатися в екстремальній ситуації. Побачити вмираючого, скривавленого потерпілого, а тим більше свого колегу по службі – колосальний стрес для кожної людини. Без урахування психологічного чинника і замовчування багатьох психологічних аспектів в наданні першої медичної допомоги потерпілим утрудняє всю роботу з відпрацювання навичок надання такої допомоги.

Велику роль в подоланні психологічних проблем під час надання домедичної допомоги відіграють симуляційні методи відпрацювання практичних навичок, неодноразове відпрацювання яких доводить їх виконання до автоматизму.

З метою поліпшення ефективності надання домедичної допомоги на кафедрі спеціальних дисциплін та професійної підготовки Навчально-наукового інституту імені Е.О. Дідоренка Донецького університету внутрішніх справ під час проведення практичних занять з дисципліни «Домедична підготовка» активно застосовуються симуляційні методи навчання. На заняттях активно використовуються широкий набір симуляторів від простих фізичних моделей анатомічних структур (наприклад, набір моделей імітації ран та ушкоджень, модель кісток тазу або тренажери для відпрацювання окремих умінь) до складних пристроїв і манекенів з високою механічною реальністю і комп'ютерним управлінням.

На тренінгових заняттях з надання домедичної допомоги постраждалим майбутні працівники поліції відпрацьовують на муляжах практичні навички: тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі з використанням джгута САТ, відновлення прохідності дихальних шляхів, надання допомоги при відкритому пневмотораксі, серцево-легеневу реанімацію дорослим та дітям, деблокування постраждалих при ДТП і т. д.

Етапність в проведенні практичного заняття з домедичної підготовки полягає в наступному. На початку заняття визначається рівень володіння курсантами навичок. Потім викладач демонструє та пояснює на муляжах правильність їх виконання. Наступний етап – індивідуальне відпрацювання навичок кожним курсантом та перевірка викладачем рівня засвоєння практичних навичок.

Важливим аспектом набуття практичних навичок є робота по парам та в групах. Робота в парах дає курсантам час подумати, обмінятися ідеями з партнером і лише потім озвучувати свої думки перед аудиторією. Роботу в групах варто використовувати для вирішення складних проблем, що потребують колективного розуму. Викладач повинен провести чіткий інструктаж стосовно процедури і завдань групової діяльності, розподілу ролей.

Таким чином, використання симуляційних методів при вивченні домедичної допомоги сприяє усуненню розгубленості і безпорадності при наданні першої допомоги, підвищує адаптаційні можливості працівника поліції в екстремальних ситуаціях.

ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЛАКТАТУ, ЯК МАРКЕРУ ТКАНИННОЇ ГІПОПЕРФУЗІЇ, У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМАТИЧНОЮ КРОВОВТРАТОЮ НА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.

Редько С.І., Редько О.К., Ткаченко Ю.А., Шкатула Ю.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Вступ. Інструменти прогнозування та алгоритми визначення ризику відіграють важливу роль в оцінці стану та лікуванні постраждалих із травматичними ушкодженнями. Інформація про обсяг крововтрати впливає на швидкість прийняття клінічних рішень та ранню активацію певних протоколів.

Лактат або молочна кислота продукт анаеробного метаболізму глюкози (гліколізу), в ході якого вона утворюється з пірувату під дією лактатдегідрогенази. При достатньому надходженні кисню піруват піддається метаболізму в мітохондріях до води та вуглекислоти з виділенням енергії. В анаеробних умовах піруват перетворюється на лактат.

Доведено, що підвищення рівня лактату відбувається раніше, ніж зміни інших показників шоку, що розвивається (гіпотонія, олігурія, зниження рН та ін.).

Незважаючи на те, що вивченню лактату крові присвячено велику кількість досліджень, а його моніторинг широко використовується у клінічній практиці, діагностична цінність даного метаболіту у критичних хворих до кінця не визначена.

Матеріал та методи дослідження. У роботі представлено результати ретроспективного клінічного рандомізованого дослідження, виконаного у 42 постраждалих із травматичною крововтратою. З цією метою було проаналізовано звітну документацію приймального відділення КНП «Центральна міська клінічна лікарня» за період з 1 січня 2019 року по 31 грудня 2022 року.

Відповідно класифікації Американської колегії хірургів всі постраждалі були поділені на чотири групи: група I - 1 ступень шоку (n=9), група II – 2 ступень шоку (n=11), група III – 3 ступень шоку (n=12), група IV – 4 ступень шоку (n=10).

Оцінювалися демографічні характеристики, механізм травми, характер травматичного ушкодження, вітальні ознаки, стан гемодинаміки.

Індекс шоку розраховувався для кожного окремого пацієнта щодо частоти серцевих скорочень (ЧСС) до величини систолічного артеріального тиску (САТ). Ступінь порушення свідомості постраждалих оцінювали за шкалою GCS (Glasgow Coma Scale). Тяжкість травматичних пошкоджень визначали за шкалою ISS (Injury Severity Score), а для встановлення ступеня тяжкості стану потерпілого використовували переглянуту шкалу травм RTS (Revised Trauma Score). Рівень лактату < 2,5 ммоль/л розглядався як низький, у межах 2,5-3,9 ммоль/л – помірно високий та ≥ 4 ммоль/л – значно високий.

Результати та їх обговорення. Рівень лактату достовірно корелює зі ступенем тяжкості шоку. Він підвищений навіть при першому та другому ступені шоку при відносно стабільних рівнях гемодинаміки. Це може вказувати на приховану гіпоперфузію, що виникає внаслідок спазму периферичних судин. Таким чином, рівень лактату може бути особливо корисним для ранньої діагностики гіпоперфузії та тяжкості шоку.

У цьому дослідженні не проводилося вивчення факторів, що впливають на рівень лактату в крові, таких як кліренс лактату та дія буферних систем організму. Це, можливо, тема наших подальших досліджень.

Висновки: Вимірювання лактату крові може бути доповненням до ранньої госпітальної клінічної оцінки ступеню шоку і потенційно може направляти сортування та впливати на прийняття рішення про розширене лікування.

Особливо корисним визначення рівня лактату може бути для виявлення прихованої гіпоперфузії на ранньому етапі діагностики.

У цьому дослідженні ми прагнули оцінити, які фактори потенційно впливають на рівень лактату на догоспітальному етапі. Але ці фактори вимагають подальшого вивчення.

ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО ТРЕНІНГУ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ ОНЛАЙН НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ

Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

Використання Body Interact є новітнім у підготовці фахівців медичної освіти. Робота з цим віртуальним пацієнтом представляє собою імітаційне моделювання станів хворого. Ця програма може відтворювати різні захворювання у пацієнта за допомогою індивідуальних сценаріїв, які охоплюють травми і соматичні захворювання, інфекційні та неінфекційні хвороби, випадки, що потребують екстреної медичної допомоги.

Метою використання симуляційного тренінгу у закладах вищої медичної освіти є вирішення задач клінічного спрямування, навчання студентів алгоритмам об'єктивного обстеження хворого, призначення терапії, відпрацювання навичок роботи з протоколами діагностики і лікування будь-яких захворювань за створеними сценаріями.

Студенти і викладачі клінічних кафедр університету за допомогою персонального комп'ютера, мобільного додатку можуть в будь-який зручний для них час тренуватися на Body Interact. Можливі також онлайн консультації з кураторами Симуляційного Центру під час практичних занять, з'ясування деталей роботи з віртуальним пацієнтом.

Під час роботи в програмі імітаційного моделювання можливо використання сценаріїв невідкладної допомоги хворому будь-якого віку. Також сценарії можна оновлювати, обираючи вік, стать, тяжкість стану. Відомо, що час на допомогу маленьким пацієнтам скорочений за рахунок швидкого розвитку ускладнень, тому і реакція у фахівця повинна бути швидка, точна і рішуча. Важливим у роботі з Body Interact є можливість самостійного, поступового і багатокрокового формування навичок у студентів. За допомогою повторних спроб здобувач знань може виконати багато комбінацій пошуку алгоритму допомоги, провести аналіз помилок і обрати найефективніший алгоритм дій. Це допоможе також відпрацювати певні чинні протоколи надання допомоги пацієнтам різного віку і з різними станами. В сучасних умовах онлайн навчання і обмеження спілкування студентів з пацієнтами існує можливість моделювань багатьох клінічних випадків використання Body Interact. Він стає у нагоді для викладачів різних профільних клінічних кафедр, з різним рівнем підготовки базисним дисциплінам, з можливістю написання сценаріїв різного ступеня складності, з акцентами на реальні клінічні випадки. Важливим є те, що робота на симуляційному тренажері допоможе в практиці інтернам і майбутнім лікарям швидко орієнтуватися в проведенні фізикального обстеження хворому, призначення лабораторних та інструментальних досліджень, дозволить ефективно використати сучасні лікарські препарати.

Таким чином, симуляційний тренажер Body Interact можна вважати одним із важливих і фундаментальних в онлайн навчанні для студентів у закладах вищої медичної освіти. Такі заняття допоможуть майбутнім фахівцям ефективно опанувати навички обстежень і лікування пацієнтів з різними станами, а також сформують важливі особистісні та професійні клінічні уміння лікарів різних спеціальностей.

АНОМАЛЬНА МАТКОВА КРОВОТЕЧА ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ: ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ДІАГНОСТИКА

Циндренко Н.Л., Линдін М.С., Лопя Я.С., Романюк А.М.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Аномальна маткова кровотеча є одним із найбільш частих симптомів гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Своєчасна діагностика та лікування ГПЕ є основою профілактики їх малігнізації. Дисбаланс експресії естрогенових рецепторів (ER) відіграє важливу роль в патогенезі ГПЕ. Циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є потенційним індикатором неопластичної трансформації нормальних клітин у пухлинні та індикатором запального процесу. Імуногістохімічне дослідження рівнів експресії ER та ЦОГ-2 є необхідним для патогенетичної терапії ГПЕ.

Мета дослідження. Визначити рівні експресії ER та ЦОГ-2 у хворих з аномальною матковою кровотечею при ГПЕ.

Матеріали та методи дослідження. Виконано імуногістохімічні дослідження експресії ER та ЦОГ-2 на зразках тканин, уражених ГПЕ, отриманих після хірургічного лікування на базі Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Результати. Позитивну експресію ER виявлено у всіх досліджуваних зразках з ГПЕ як в епітеліальному, так і в стромальному компонентах. Сильнопозитивна реакція експресії ER виявлена у 72,5% випадків з ГПЕ, помірнопозитивна реакція – у 23,5%, легкопозитивна – у 13%. Спостерігаються більш високі рівні експресії EsR в епітеліальному компоненті порівняно зі стромальним. Виявлялися випадки мозаїчності імунозабарвлення. Експресію ЦОГ-2 виявлено в епітелії всіх зразків тканин з ГПЕ. Середній показник експресії ЦОГ-2 ендометріальним епітелієм склав $4,22 \pm 1,11$. Встановлений прямий кореляційний зв'язок між експресією ER та ЦОГ-2 в ендометріальному епітелії при ГПЕ.

Висновки. При аномальних маткових кровотечах у хворих з ГПЕ спостерігаються високі рівні експресії ER та ЦОГ-2. Рівень експресії ER у стромі ендометріальних залоз менший, ніж в епітелії у всіх групах ГПЕ. Підвищена експресія ЦОГ-2 при ГПЕ може означати ранній етап канцерогенезу. Результати імуногістохімічних досліджень експресії ER та ЦОГ-2 можуть слугувати критеріями диференційованого підходу до вибору тактики лікування маткових кровотеч при ГПЕ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ НЕВРОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Личко В.С.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. У зв'язку з курсом на модернізацію української вищої освіти відбувається пошук нових ефективних методів навчання та викладання медичних дисциплін. Важливим завданням вищої медичної школи стає проблема конструювання та формування нової моделі ефективної освітньої системи з урахуванням специфіки вітчизняних умов і вимог до формування сучасних педагогічних підходів. Тому розробка та застосування інтерактивних методів навчання у медичній освіті наразі є найбільш пріоритетним питанням.

Метою дослідження є висвітлення досвіду впровадження інтерактивних технологій у навчальний процес студентів-медиків на основі аналізу наукових педагогічних, методичних та медичних публікацій, щодо застосування інноваційних педагогічних технологій, зокрема «кейс-методу» в процесі викладання неврології у вищій медичній школі.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз педагогічної, методичної літератури, матеріалів навчально-методичних конференцій та фахових статей з вищезазначеної проблематики іноземних та вітчизняних авторів. Для досягнення поставленої мети було застосовано теоретичні методи дослідження, а саме: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння та систематизація.

Результати. Одним із найважливіших активних способів навчання та організації самостійної роботи студентів сьогодні є кейс-метод, що активно використовується в американських та європейських вишах для підготовки спеціалістів з найрізноманітніших сфер професійної діяльності.

Суть методу полягає в тому, що студентам пропонується осмислити реальну життєву ситуацію, опис якої водночас відображає не лише якусь практичну проблему, а й актуалізує певний комплекс знань, необхідний під час її вирішення. При цьому завдання не повинно мати однозначних рішень. Використання кейс-методу у вивченні неврології дає змогу підвищити пізнавальний процес до дисципліни, поліпшити їх розуміння, сприяє розвитку дослідницьких, комунікативних і творчих навичок прийняття рішень.

Кейс-метод спирається на сукупність таких дидактичних принципів, як індивідуальний підхід до кожного студента, врахування його потреб і стилю навчання, максимальне надання творчого підходу в навчанні, формування вміння працювати з різними видами інформації.

Під час викладання неврології можливе застосування кейсів різної складності. Найбільш прийнятними у даній ситуації є ілюстративні навчальні кейси, метою яких на певному практичному прикладі навчити студентів алгоритму прийняття правильного рішення в певній ситуації.

Актуальними будуть і «навчальні ситуації» – кейси із формуванням проблеми, в яких описується ситуація в конкретний період часу, виявляються і чітко формулюються проблеми. Мета такого кейсу – діагностування ситуації та самостійне прийняття рішень щодо зазначеної проблеми. Іншими словами, студент на основі максимальної кількості інформації про хворого повинен поставити діагноз та визначитись з лікуванням.

Також у вивченні неврології широко застосовуються кейси без формування проблеми, у яких описується складніша, ніж у попередньому варіанті, ситуація, де проблему чітко не виявлено, а представлено у статистичних даних, оцінках зовнішнього стану, стану систем і органів, даних додаткових методів обстеження і т. п. Метою такого кейсу є самостійне виявлення проблеми, зазначення альтернативних шляхів її розв'язання з аналізом власних ресурсів, самостійне прийняття рішень із зазначеної проблеми. Тобто такий кейс передбачає ще й самостійний підбір додаткових методів обстеження, проведення диференціальної діагностики, встановлення діагнозу та призначення лікування.

Таким чином, педагогічний потенціал кейс-методу значно вищий, ніж у традиційних методів вивчення неврології. Наявність у структурі цього методу суперечок, дискусій, аргументацій тренує учасників обговорення, навчає, зокрема, правил спілкування, уможлиблює постійну взаємодію викладача і студента.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Личко С.О.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Сучасний рівень розвитку стоматологічних технологій висуває якісно нові вимоги до методик навчання, практичних вмінь як на етапі додипломної, так і післядипломної освіти. Сучасна дійсність гостро окреслила проблему професійної підготовки лікарів-стоматологів. Тому закономірно, що одним із головних напрямків у сфері вищої медичної освіти є необхідність значного посилення практичного аспекту підготовки майбутніх лікарів за збереження належного рівня теоретичних знань.

Мета дослідження: обґрунтувати використання симуляційних технологій у процесі викладання терапевтичної стоматології шляхом теоретичного аналізу результатів наукових і методичних досліджень з психології, дидактики та стоматології.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз педагогічної та методичної літератури, матеріалів навчально-методичних конференцій та фахових статей з вищезазначеної проблематики. Для досягнення поставленої мети, а також уточнення доцільності та особливостей використання симуляційних технологій у викладанні терапевтичної стоматології застосовано загальний та компонентний аналізи, синтез, узагальнення, порівняння та систематизацію.

Результати. Сутність практико-орієнтованого підходу в сучасній освіті зводиться до того, що теоретичні знання засвоюються паралельно з практичним оволодінням професійними навичками, а набуті знання забезпечують реалізацію досконалого відтворення практичних вмінь. Особлива увага приділяється даній проблемі в контексті підготовки сучасних лікарів-стоматологів. Адже ця професія передбачає роботу у вузькообмеженому просторі порожнини рота з використанням дрібного колючо-ріжучого та обертального інструментів у малому, часто важкодоступному операційному полі.

Відтак, навчання лікаря-стоматолога вимагає розвитку професійного просторового мислення, тренування дрібної моторики рук і високої чутливості пальців, психологічної стійкості, зважаючи на тривалу кропітку роботу. Така майстерність, з огляду на об'єктивні причини, має бути освоєна перед самостійною лікарською діяльністю.

Здебільшого, вирішити дану проблему дозволяє організація фантомного та симуляційного навчання. Наразі симулятори використовуються для навчання та об'єктивної оцінки знань здобувачів у багатьох галузях діяльності людини, що передбачають високі ризики.

Освоєння практичних навичок за допомогою симуляційного тренінгу мінімізує ризик для життя і здоров'я пацієнта і того, хто навчається. Дає змогу проводити заняття за індивідуальною освітньою програмою без урахування режиму роботи медичної організації та робочого графіка викладача. А також дає можливість багаторазового відпрацювання навички і доведення маніпуляції до автоматизма, забезпечує об'єктивний контроль якості її виконання, моделює рідкісні патології та клінічні випадки, дає змогу знизити стрес, що виникає у молодих фахівців під час проведення перших втручань на реальних пацієнтах.

Симуляційне стоматологічне навчання сьогодні, як правило, поєднує два варіанти, що доповнюють один одного. По-перше, це проведення практичних занять, а саме робота на фантомних імітаторах голови та шиї зі знімними верхньою і нижньою щелепами, що імітують різні клінічні ситуації. Подруге, це тренінги з використанням симуляційних стоматологічних станцій, облаштування яких повністю імітує лікувальні стоматологічні кабінети з робочим місцем лікаря-стоматолога.

Висновок. Таким чином, симуляція належить до інтерактивних, практико-орієнтованих методів навчання, і передбачає занурення в професійне середовище шляхом відтворення реальної клінічної ситуації, активує пізнавальну діяльність, відкриває нові горизонти не лише для практичної підготовки студентів, а і для підвищення кваліфікації вже практикуючих лікарів.

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТА ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (з досвіду роботи)

Ткачук Т.В., Королюк В.П.

Могилів-Подільський медичний фаховий коледж, Могилів-Подільський. Україна

Актуальність проблеми. *Розвиток дистанційного навчання набув неабиякої актуальності в умовах карантину та воєнного стану. Використання інноваційних та цифрових технологій під час дистанційного навчання сприяє активізації навчального процесу, підвищує його ефективність, спонукає до творчої діяльності, що надає змогу оволодіти фаховими компетентностями.*

Мета: вдосконалення ефективності дистанційної форми навчання та підвищення якості підготовки майбутніх медичних працівників шляхом використання інноваційних та цифрових технологій.

Матеріали і методи. Проведено огляд літератури, аналіз електронної бази даних, щодо використання інноваційних та цифрових технологій і практичного досвіду їх застосування під час дистанційного навчання.

Результати та їх обговорення. Розвиток дистанційної освіти обумовлений сукупністю переваг і можливостей. Це насамперед більш гнучкі умови навчання для здобувачів освіти. Існують декілька форм дистанційного навчання: синхронна, асинхронна, гібридна. Синхронна передбачає інтеграцію інформаційних і педагогічних технологій, що забезпечують інтерактивність взаємодії суб'єктів освіти і продуктивність навчального процесу. Навчання відбувається в реальному часі (онлайн-чат, відеоконференції, спільні «віртуальні дошки» із графікою тощо), передбачає спілкування викладача і студентів, наявність у системі підручника, необхідного комплексу засобів навчання. Асинхронна форма – це більш самостійний режим, обмін інформацією між викладачем і студентом відбувається із затримкою в часі з використанням інтерактивних освітніх платформ, телеконференцій, електронної пошти, форумів, соціальних мереж тощо. Результати самостійної роботи повертаються викладачу, який оцінює якість і рівень засвоєння матеріалу. Однак, особистий досвід студентів і їх діяльність щодо конструювання знань майже не організовуються. Гібридне навчання поєднує синхронне та

асинхронне, студенти повинні бути доступними у визначений час, але їм дозволяється виконувати завдання у власному темпі і подавати їх онлайн.

При викладанні хірургічних дисциплін ми віддаємо перевагу синхронній та гібридній формі дистанційного навчання. Асинхронна – як виключення, в разі непередбачуваних обставин (відсутність електроенергії, зв'язку тощо). Заняття проводяться в режимі відеоконференцій використовуючи ресурси Zoom, Viber, Google Meet та платформу Classtroom. Викладач має змогу демонструвати слайди, відеосюжети та відеоалгоритми, активно спілкуватись з студентами при вирішенні клінічних кейсів, проблемних ситуацій, давати завдання і контролювати їх виконання. Для оцінювання знань використовуємо тести з автоматичним зворотнім зв'язком – сервіси: Quizlet, Google Forms, Kahoot; навчання через відео, коли студенти демонструють виконання практичних навичок та умінь – сервіси: EdPuzzle, FLIPGRID, Nearpod, YouTube; миттєвий зворотний зв'язок – сервіси: Mentimeter, Poll Everywhere, Survey Monkey. Звичайно, жодна форма дистанційного навчання не може замінити навчання біля ліжка хворого, в перев'язувальній, операційній, в фантомних кабінетах. Однак, враховуючи реалії сьогодення ми повинні підвищувати якість дистанційного навчання, використовуючи різноманітні іноваційні та цифрові технології.

Висновки. Застосування сучасних цифрових інструментів на заняттях з хірургічних дисциплін, як засобів формування цифрової компетентності здобувачів освіти, стало невід'ємним доповненням у організації навчального процесу, дало змогу підвищити ефективність навчання, якість підготовки майбутніх медиків.

ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ЯКИЙ ПІДХІД ДО РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ Є ОПТИМАЛЬНИМ?

Дейнега В.А.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

Сьогоденний світ дуже змінився і ставить перед кожною людиною нові завдання, які потребують неординарного погляду і сучасного підходу до їх вирішення. Тому і хід навчання вимагає особливого перегляду до його процесу, коли ми не тільки вчимо якимось алгоритмам, а вчимо думати по новому, поєднуючи між собою не тільки знання і культуру, але й головне – здатність втілювати ці знання на практиці, в процесі діяльності. Мислити – означає створювати проблеми і ефективно їх вирішувати. Так, наприклад, натрапляючи на нову, незрозумілу проблему, людське мислення відбувається за схемою: висунення гіпотез, обґрунтування та перевірка їх, що є необхідною складовою саме творчого мислення. Саме тут нам допоможе таке явище в сучасній освіті, як Проблемне навчання (Problem-Based Learning), що є методом, в якому реальні складні проблеми є базою, що використовується як освітній інструмент. Основний момент полягає в тому, що завдання треба вирішувати за обмежений час, що підвищує інтенсивність інтелектуальних зусиль, а найголовніше сприяє розвитку критичного та творчого мислення. Метою такого навчання є набуття реального досвіду, який природньо інтегрує навчання у навчальному закладі з реальним життям, що в свою чергу надає студенту перспективу сприймати проблеми легко та невимушено як можливості для росту та розвитку своєї особистості.

Отже можемо вилучити цілі та завдання проблемного навчання:

- набуття знань, умінь, навичок;
- засвоєння засобів самостійної діяльності;
- розвиток пізнавальних і творчих здібностей.

До проблемного навчання входять такі напрями, як дослідження випадків (case studies), рольові ігри та симуляції (імітації певних процесів та явищ). Таким чином проблемне навчання базується на проблемі і процесі її вирішення. І тут важливо сказати, що дуже багато залежить від рівня творчого мислення педагога, бо саме він безпосередньо впливає і визначає ефективність навчально-освітнього процесу. Викладач має кожне заняття перетворювати на творче відкриття, а для цього необхідно вміти зацікавити, надихнути та спонукати до занурення в творчий процес вирішення проблеми. І як наслідок провідними стають пізнавально-спонукальні (інтелектуальні) мотиви. А пізнавальна мотивація породжує внутрішню зацікавленість, що в свою чергу

перетворює навчальний процес на радісну подорож та забезпечує його успіх та ефективність. «Проблемний метод» вимагає від учнів більшої самостійності, здатності до планування та критичного мислення. Подивимось більш детально: Проблемну ситуацію в навчанні ми можемо позначити, як пізнавальну трудність, яку ми спрощено будемо називати проблемою, для подолання якої студенти мають здобути нові знання, та докласти інтелектуальних зусиль. Проблема має обов'язково вимагати від учня висунення гіпотез, їх обґрунтування. Для цього вони мають вміло пов'язувати її вирішення з попередніми знаннями. Цей процес стимулює студентів шукати більш глибокого розуміння інформації, яку вони сприймають.

Отже, такий підхід в навчанні формує гармонійно розвинену творчу креативну особистість, здатну логічно мислити, систематизувати й накопичувати знання, здатну до самоаналізу та саморозвитку, а найголовніше здатну долати труднощі сучасного нестабільного світу, що саме і визначає ефективність технології проблемного навчання.

ДОСВІД НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Симоненко І. А., П'ятикоп Г.І.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Застосування зброї, якою на цей час оснащені армії більшості країн світу, спричиняє значні травми, серед яких переважають мінно-вибухові та кульові пошкодження, а їх кількість у збройних конфліктах упродовж останніх 25–30 років значно збільшилася. За даними літературних джерел, медико-санітарні втрати під час бойових дій, що супроводжуються множинними мінно-вибуховими травмами, досягають 25–60 %. Гнійно-запальні ускладнення виникають у 17,3 % постраждалих із пораненнями живота, а летальність у цьому разі коливається в межах 12–31 %. Потреба оптимізації антибіотикотерапії в разі бойової травми живота з метою покращання результатів її лікування значною мірою обумовлена можливим інфікуванням та розвитком гнійно-септичних ускладнень вогнепальних поранень у 50–75 % постраждалих.

Мета дослідження. Вивчити експериментально та перевірити в умовах клініки одержані в експерименті дані щодо можливості застосування лімфотропної антибактеріальної терапії для адресної санації окремих зон і органів черевної порожнини в разі бойової травми живота, спрямованої на профілактику та лікування гнійно-септичних ускладнень.

Матеріал і методи досліджень. Вивчено накопичення антибіотика в тканинах різних органів черевної порожнини в кролів після лімфотропного його введення. У процесі дослідження був обраний антибіотик цефтріаксон, який, за даними літератури, найчастіше застосовують у хірургічних стаціонарах. Сутність методики лімфотропної антибіотикотерапії полягала в послідовному введенні препаратів, що збуджують лімфосекрецію спазмолітиків, антикоагулянта, протизапальних препаратів та антибіотика.

Результати. Ми оцінювали ЗЗР (зону затримки росту) *E. coli* за максимальними її значеннями під час лімфотропного введення препарату в різних зонах. Щодо гомогенатів зразків тонкої, сліпої і сигмоподібної ободової кишок, сальника та парієтальної очеревини гальмівна дія проявилася максимально після лімфотропного введення антибіотика в правій та лівій здухвинних ділянках і наближалася до рівня дії чистого антибіотика (контроль). Водночас щодо гомогенатів зразків стінки шлунка, тіла підшлункової залози і печінки найбільш інтенсивну гальмівну дію спостерігали після лімфотропного введення препарату в праву чи ліву паравертебральну зону. Наведене дає підставу передбачити, що в разі пошкодження верхньої третини черевної порожнини, особливо підшлункової залози, шлунка й селезінки, з метою попередження запалення чи нагноєння цих органів та в разі його розвитку необхідно вводити антибактеріальні препарати лімфотропно в паравертебральній ділянці справа чи зліва на рівні кутів лопаток, а в разі пошкодження середньої та нижньої третин черевної порожнини – у правій чи лівій здухвинній ділянці.

Висновки. Експериментально доведено, що лімфотропна антибіотикотерапія залежно від місця введення препарату сприяє його адресному накопиченню у відповідному органі кількістю, достатньою для стійкої антибактеріальної дії.

ВИКОРИСТАННЯ АВІАЦІЇ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Зайцев І.Е., Мартиненко Х.С.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Авіація є важливим засобом для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, таких як стихійні лиха, пожежі, аварії, катастрофи та інші події, які можуть виникнути в будь-який момент.

Однією з основних переваг використання авіації є швидкість та ефективність доставки рятувальних та медичних команд на місце події. Великі військові або цивільні літаки можуть доставляти значну кількість людей, обладнання, ліків, продовольства та іншого необхідного обладнання до віддалених або складних для доступу місць.

Повітряні засоби також можуть бути використані для надання допомоги з повітря внаслідок стихійних лих, наприклад, для розпилення засобів боротьби з лісовими пожежами або для розсіювання хмарного січення над місцем аварії, що дозволяє зменшити рівень забруднення повітря.

До основних завдань авіації при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій можуть належати:

1. Транспортування людей, які потребують допомоги, до місць, де їх можуть надати медичну допомогу.
2. Транспортування медичних засобів, лікарських препаратів, крові та іншого необхідного медичного обладнання до місця події або до місць, де потрібно забезпечити медичну допомогу.
3. Доправлення продовольства, води та інших необхідних ресурсів до постраждалих та евакуйованих.
4. Пошукові та рятувальні операції з використанням вертольотів та літаків.
5. Забезпечення зв'язку між рятувальними службами та координація їхньої роботи.
6. Моніторинг ситуації з повітря та надання інформації для прийняття рішень щодо ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Важливо зазначити, що використання авіації при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій повинно бути добре організованим та координованим з місцевими рятувальними службами, а також з урахуванням погодних умов та можливостей транспорту.

Застосування авіації для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій може бути ефективним інструментом у деяких випадках, залежно від характеру та масштабу надзвичайної ситуації.

Використання авіації також може мати свої недоліки, такі як високі витрати на паливо та утримання, небезпека для екіпажу та пасажирів, а також обмеження у польотах у поганих погодних умовах. Тому, при використанні авіації для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій необхідно проводити аналіз ризиків та ефективності, щоб забезпечити безпеку та оптимальне використання ресурсів.

Варто враховувати той факт, що використання авіації може бути не ефективним у випадку, коли надзвичайна ситуація виникла в місці з великою концентрацією людей або обмеженим простором для маневрування, наприклад, у місті чи на залізничному мосту. Використання авіації для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій повинне бути проведено відповідно до встановлених протоколів та з урахуванням рівня небезпеки для населення та екіпажу.

Отже, використання авіації при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій є можливим, проте потребує обережності та врахування різних факторів.

ОЦІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЩО ОТРИМАЛИ БОЙОВІ УШКОДЖЕННЯ, СТАНУ ЇХ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Потебня А.О., Гринзовський А.М., Калашченко С.І., Луцак О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ. Україна

Актуальність. На початку третього тисячоліття Україна була втягнута у військовий конфлікт, який характеризується гібридною війною. Вона включає відкриті бойові дії, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння різної інтенсивності на регіональному та міжнародному рівнях. Це призвело до значних людських втрат, матеріальних, фінансових, соціально-психологічних збитків нашій державі та її народу, виявило наявні проблеми медичного забезпечення військ.

Мета дослідження. Проаналізувати стан військово-медичного забезпечення військовослужбовців до та після повномасштабного вторгнення Російської Федерації на територію України.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено опитування військовослужбовців (n=86) з використанням інтернет-сайту «Google Forms». Опитування тривало тиждень та було анонімним. Критерій включення – мобілізовані чоловіки призовного віку. Критерій виключення – військовослужбовці, що на момент опитування знаходилися на лікуванні чи проходили реабілітацію в зв'язку з пораненням.

Результати. Серед військовослужбовців було проведено опитування щодо їх медичного забезпечення. Так, 72,1% відповіли, що до повномасштабного вторгнення стан їх фізичного здоров'я був добрим, 27,9% оцінили свій стан як задовільний. Також 75,58% опитуваних відповіли, що щорічно проходили повне медичне обстеження, але, на жаль, після початку бойових дій, профілактичне обстеження ні разу не проводилося. Схожу ситуацію ми отримали, проаналізувавши дані щодо проведення профілактичних щеплень (91,86% були щеплені проти COVID-19 в 2022 році). Якщо ж говорити про теоретичне та практичне навчання з тактичної медицини, то воно було проведене в 100% опитуваних. Щодо забезпечення військовослужбовців аптечками, 69,77% респондентів надали інформацію про те, що в них була індивідуальна аптечка, 20,93% мали змогу користуватися лише загальною аптечкою, в 9,3% - була наявна аптечка для підрозділів спеціального призначення. Після вторгнення у 61,54% від загальної кількості респондентів загальна аптечка була замінена на індивідуальну, що значно покращило стан медичного забезпечення військовослужбовців. 81,4% військовослужбовців надали інформацію про те, що кількість аптечок зараз більше, ніж була рік тому. Кількість медикаментів, що входять до комплектації індивідуальних аптечок, збільшилась у 94,2% опитаних. У 46,51% чоловіків з'явилися індивідуальні засоби медичного забезпечення (ІЗМЗ).

В той же час, у 34,88% військовослужбовців ІЗМЗ були й раніше, однак у 18,61% респондентів їх не було на момент проведення опитування. Цікавим є те, що медична евакуація поранених та хворих в більшості випадків функціонує в повному обсязі, не зважаючи на те, що в 19,77% ситуацій медичних фахівців, що надають допомогу особовому складу, недостатньо. Заключним питанням було те, на скільки військові задоволені медичним забезпеченням України. Як результат 50% відповіли, що задоволені на 41-60%; 22,1% – на 61-80%; 16,3% – на 81-100%; та 11,6% – на 21-40%. Це свідчить про необхідність удосконалення медичного забезпечення військовослужбовців не тільки матеріально-технічним забезпеченням, а й посилення за рахунок підготовлених медичних кадрів.

Висновки. Стан системи медичного забезпечення Збройних Сил України як на початку війни, так і на момент проведення опитування в повній мірі не відповідає сучасним вимогам і потребам військового медичного забезпечення в особливий період. Вжиті на початку війни екстрені заходи щодо вирішення проблеми військово-медичного забезпечення були своєчасними, достатніми та ефективними для виконання поставленого завдання, однак системне прийняття рішень щодо військово-медичного оснащення, як матеріально-технічним, так і кадровим потенціалом, ще не реалізовано в повному обсязі.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ МАЙНДМЕПІНГУ ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ

Гордієнко О.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність теми. Сучасні стандарти вищої освіти вимагають навчити студентів самоорганізації та вмінь до самоосвіти, бути здатним продовжувати навчатися протягом життя, що необхідно в діяльності лікаря для постійного професійного самовдосконалення. Тем більш це актуально в умовах пандемії, воєнного стану та інших обставин, які вимагають дистанційного навчання. Враховуючи здатність молоді використовувати ІТ розробки в своєму навчанні пропонуємо використати технологію майндмепінгу як вид дистанційної освіти. Це один з інтерактивних методів навчання, який дає можливість студенту поміркувати самому, самостійно отримати інформацію з будь яких джерел, по-новому поглянути на звичні речі, власний досвід, власні знання. Технологія майндмепінгу базується на використанні ментальних карт та дозволяє підвищити ефективність сприйняття навчального матеріалу, розв'язання завдань та прийняття рішень.

Матеріали та методи досліджень. Метод ментальних карт є унікальним та його можна використовувати для будь якої дисципліни. Спираючись вже на певний досвід, радимо використовувати цю технологію для дистанційного навчання. При цьому студенти самі створюють інтелектуальні карти, з подальшим використанням створених ними продуктів. Програмне забезпечення, необхідне для створення карт розуму дуже поширено на теренах інтернету, багато з них є безкоштовними. Ось посилання на деякі з них <http://www.improvement.ru/>. Edraw MindMaster, <http://popplet.com/>, www.mindmeister.com, www.spiderscribe.net, <https://coggle.it> та інші. Тім більше, що в умовах дистанційного навчання ця технологія дуже зручна для використання в навчальному процесі.

Результати. Інтелект-карти – це унікальна технологія роботи з інформацією, спосіб зображення процесу загального системного мислення за допомогою схем. При вивченні «Анатомії людини» є розділи, які складні для розуміння, тому що вони недоступні до візуалізації на вологих препаратах. Тому студентам запропоновано створення ментальних карт по темі «Парасимпатичні вузли голови». Вони самостійно обирають тему, програму для створення, дизайн карти знань, електронні засоби та використовуючи свої знання створюють ці карти. При цьому викладач виступає як консультант, відбувається взаємодія між суб'єктами освітнього процесу, виробляються навички командної роботи, які базуються на співпраці, але результати роботи – це повністю досягнення студента. На останньому етапі студент(и) презентують свою роботу в рамках творчого конкурсу “Umagio Anatomica”, який проходить на кафедрі морфології щорічно у грудні та за результатами отримують додаткові бали до дисципліни. При цьому у студентів є конкуренція, між їх роботами, що спонукає їх до створення більш якісного продукту. А вже після захисту ці матеріали розміщуються на навчальній платформі MIX – leaning для вільного доступу інших учасників освітнього процесу.

Враховуючи захоплення сучасної молоді різними електронними засобами, цілком прийнятна технологія майндмепінгу також для самостійної роботи. Студенти охоче відгукуються на пропозицію створення нового продукту та з захопленням виконують завдання. Ми це практикуємо вже другий рік поспіль і є тільки позитивні підсумки такого виду діяльності. Це активізує їх до кращого вивчення та розуміння дисципліни, навчає приймати самостійні рішення та привчає до самоорганізації та тайм-менеджменту. Крім цього, зроблені ними розробки використовуються для кращого засвоєння матеріалу рештою студентів, як при аудиторній роботі, так і при дистанційному навчанні.

Впроваджуючи цей метод для дистанційної освіти ми прагнули розвинути навички самостійної роботи студентів, навчити інтегрувати теоретичні знання і практичні уміння в цілісну систему, володіти новими технологіями. Дати можливість для успішної реалізації особистого потенціалу кожного студента для формування таких якостей як критичність мислення, уміння генерувати нові ідеї, здатність приймати нестандартні рішення та нести за них відповідальність, комунікативні уміння, уміння працювати в команді. Такій підхід до студента, який знаходиться у

центрі процесу навчання, ґрунтується на повазі до його думки, на спонуканні до активності, на заохоченні до творчості. Він полягає насамперед у значному зростанні рівня реалізації принципів свідомості, активності та якості знань, умінь і навичок, які набули студенти. На нашу думку це сприяє не лише глибшому розумінню навчального матеріалу, а й розвитку мислення та мовлення.

Результати від використання цієї технології тільки позитивні. Виконуючи інтерактивні завдання студенти не тільки закріплюють вивчений матеріал, але і одночасно опановують новий. Розвиваються розумові процеси студентів, формуються фахові компетенції та розкриваються власна індивідуальність. Крім того, вони використовують набуті навички в майбутньому, а створені ними продукти використовуються як для проведення аудиторних, так і дистанційних занять, (можна проводити як опитування, так і пояснення), а також для самопідготовки студентами наступних курсів, а самі автори тепер консультують зацікавлених осіб в опануванні цієї технології.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РИНОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Сміян О.І., Тарамак Л.В., Сміян К.О., Кліщ О.О., Бугаєнко В.О., Хоменко О.І., Пікуличский А.С., Редченко В.А., Жмурко О.М.
Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність. Риновірус (РВ) – збудник близько 50 % застудних захворювань у віковій категорії дітей від 0 до 15 років. РВ інфекція характеризується ураженням слизової оболонки носу і зазвичай має легкий перебіг. Але іноді може викликати ускладнення такі як пневмонія.

Мета роботи: дослідити клінічний випадок перебігу негоспітальної пневмонії (НП) тяжкого ступеню у поєднанні з риновірусною інфекцією.

Матеріали та методи: аналіз даних карти стаціонарного хворого.

Результати. Пацієнтка 9 років, захворіла гостро з появи болі в горлі, нежиті. На 3-й день із погіршенням стану госпіталізована до КНП «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» СМР.

Об'єктивно: загальний стан важкий, без свідомості, рефлекси знижені. Т – 37,2 °С, ЧСС – 130/хв, ЧД – 45/хв на ШВЛ, АТ – 96/54 мм рт.ст., (SaO₂) – 80 – 90%. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Кінцівки пастозні. Менінгеальних ознак та вогнищевої неврологічної симптоматики немає. Серцеві тони ритмічні, приглушені. Пальпаторно: з обох боків в ділянці яремної ямки та ключиць ознаки підшкірної емфіземи, крепітація. Перкуторно над легеньми звук з коробковим відтінком. Аускультативно – дихання ослаблене над всією поверхнею легень. Живіт м'який. Перистальтика кишківника не вислуховується. Селезінка та печінка не збільшені. Випорожнень не було.

Проведене обстеження: клінічний аналіз крові – анемія 1 ст., лейкоцитоз із зсувом вправо, підвищення ШОЕ. Біохімічний аналіз крові: підвищення α1 і β-глобулінів та СРБ, зниження γ-глобуліну. Аналіз крові на газів та електроліти: рН та рО₂ – знижені, рСО₂ – підвищений, електроліти – норма. Аналіз сечі – помірна лейкоцитурія, незначна кількість плоского епітелію, ацетон – слабопозитивний. ЕКГ – синусова тахікардія, НБПНПГ, порушення процесів реполяризації у міокарді шлуночків. Рентген ОГК і ОЧП – двобічна пневмонія, пневмоторакс, пневмомедіастинум, колапс лівої легені, органи середостіння зміщені праворуч, накопичення вільного повітря у черевній порожнині, у нижніх відділах черевної стінки підшкірна емфізема, ознаки парезу кишківника. УЗД ОГК – двобічна інтерстиціальна пневмонія, правобічний ексудативний плеврит, ознаки гідроперикарду. Назофарингеальний мазок – РНК РВ – позитивний, SARS-CoV-2 – негативний.

Враховуючи вищезазначене встановлено діагноз: Негоспітальна двобічна інтерстиціальна пневмонія. Правобічний ексудативний плеврит. Лівосторонній пневмоторакс. Пневмомедіастинум. Підшкірна емфізема. ДН III ст. Токсична кардіоміопатія.

Проведене лікування: безперервна допоміжна ШВЛ – 10 днів, зволожений 100% кисень через маску 2 дні, меропенем 1,0 в/в 3 р/д, мідазолам 5 мг/мл 3 мл в/в, лінезолідин 400 мг в/в 3 р/д, парацетамол 80 мг в/в, стерофундин 1000 мг в/в, біовен 10% 150 мг 1р/д, фуросемід 10мг/1 мл 2 мл в/в, дексаметазон 8 мг в/в.

Висновок. Отже, в описаному клінічному випадку ми спостерігали поєднання важкого перебігу РВ інфекції з НП. Ми не можемо виключати того, що в основі етіологічного чинника пневмонії був риновірус, але впевнені, що дотримання протоколів обстеження та лікування мали позитивний ефект у даного пацієнта.

ПІДГОТОВКА ПАРАМЕДИКІВ. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Луцюк А.Д., Бойко Ю.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ. Україна

Актуальність теми: під час повномасштабної російсько-української війни зростає кількість травмованих військових і цивільних осіб, тому парамедична допомога повинна бути високоефективною, як на передовій, так і в містах, селах. Сьогодні в екстрених ситуаціях на догоспітальному етапі помирає близько 70% хворих. Отже, бригади швидкої не мають достатньої кваліфікації, щоб в умовах обмеженого часу, врятувати життя.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати проблеми, що існують у системі підготовки парамедиків в Україні, визначити їх причини та можливі шляхи вирішення. Оцінити перспективи розвитку професії парамедика, включаючи можливості для підвищення якості освіти та забезпечення належних умов праці.

Підготовка парамедиків має декілька етапів:

1. Теоретична частина включає в себе вивчення анатомії, фізіології, медичних протоколів та процедур, яких має дотримуватися медичний працівник. Викладачами створюються ті чи інші ситуації, що симулюють різноманітні невідкладні стани пацієнта, щоб в умовах, наближених до реальних, студенти відпрацьовували правильну послідовність дій.

2. Клінічна практика. На даному етапі майбутні фахівці вивчають та відпрацьовують медичні процедури та навички в умовах лікарні, складі швидкої допомоги, а також на манекенах та симуляторах віртуальної реальності.

3. Спеціалізована підготовка може бути пройдена задля здобуття навичок, що знадобляться при роботі в конкретній галузі. Наприклад, ветеранської медицини, психіатрії та інших.

4. Технічні навички. Майбутні парамедики навчаються працювати з різними медичними приладами та обладнанням, таким як дефібрилятори, кисневі балони, засоби для реанімації тощо.

Проблематика підготовки парамедиків в Україні:

1. Недостатня фінансова підтримка: інститути підготовки фахівців екстреної медичної допомоги не мають необхідного обладнання та засобів навчання, адже система підготовки парамедиків потребує значних інвестицій;

2. Низький рівень зарплат парамедиків не відображає значимість їхньої роботи та відповідальності, і не заохочує до вступу на цю спеціальність;

3. Відсутність єдиної системи підготовки парамедиків, що призводить до нерівності стандартів екстреної медичної допомоги;

Проте на сьогодні є й перспективи в розвитку напрямку парамедицини. В ТДМУ вперше в Україні впроваджено спеціальність, яка є у всьому світі, – парамедик. Також створено агенцію екстреної медицини, завданням якої є створення національних протоколів з медицини невідкладних станів, які базуються на передових світових досягненнях.

Висновок. Розвиток системи підготовки парамедиків в Україні потребує комплексних рішень та постійного вдосконалення, щоб забезпечити якісну та ефективну медичну допомогу населенню в умовах різних надзвичайних ситуацій та кризових періодів. Важливо також підтримувати міжнародну співпрацю в галузі підготовки фахівців медичної невідкладної допомоги, адже це дозволить використовувати найкращі світові практики та знання для підвищення якості медичних послуг.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Іншина Н.М., Чорна І.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Карантинні заходи у зв'язку з Covid-19 призвели до переорієнтації викладання та навчання від традиційної очної форми до дистанційної. Професійна підготовка майбутніх лікарів за умов дистанційного навчання потребує розробки і впровадження інноваційних методів для забезпечення ефективності освітнього процесу. В умовах воєнного стану ми зіткнулись з необхідністю швидко реагувати на погіршення ситуації та адаптувати навчальні заняття відповідно до екстремальних обставин.

Метою даної роботи є вивчення механізмів адаптації навчального процесу до умов воєнного стану та обґрунтування доцільності використання методу ситуаційного аналізу на практичних заняттях з клінічної біохімії для студентів-медиків Сумського державного університету.

Курс за вибором «Клінічна біохімія» для студентів 4-го року навчання включає 36 годин практичних занять (контактна робота з викладачем) та 114 годин позааудиторної самостійної роботи, що відповідає 5 кредитам ЄКТС.

У зв'язку з тривалим періодом онлайн навчання суттєво змінився підхід до організації і проведення практичних занять при вивченні клінічних дисциплін. Безсумнівно, дистанційне навчання в умовах війни не може перебігати так само, як під час протистояння коронавірусній пандемії, оскільки слід враховувати як психологічний стан учасників навчального процесу, так і можливість повсякчасного виникнення загроз, пов'язаних з військовою агресією. На практичних заняттях з клінічної біохімії провідним інструментом педагогічного процесу став метод кейсів або ситуаційного аналізу. При вивченні кожної теми студенти розглядають практичні ситуації – кейси. Кожен кейс містить опис клінічної ситуації та запитання і завдання для студентів. Академічна група під час заняття ділиться на 3 групи, кожна з яких отримує свій кейс для подальшого публічного захисту на занятті. На основі аналізу клінічних ситуацій студенти формують вміння застосовувати набуті теоретичні знання на практиці. Аналізуючи зміни біохімічних показників крові та сечі, а також враховуючи дані анамнезу, студенти з'ясовують попередній діагноз та з метою його уточнення пропонують додаткові методи дослідження. Даний підхід в організації занять максимально наближує освітній процес до практичних завдань майбутньої професії, оскільки розвиває у студентів клінічне мислення, здатність формулювати та висловлювати власну думку, дозволяє змістити акцент з викладача на студентів, надавши останнім можливість аналізувати ситуацію і робити висновки, що суттєво посилює їх мотивацію до вивчення дисципліни.

За допомогою онлайн платформи МІХ. СумДУ студенти мають можливість отримати доступ до необхідних матеріалів для аудиторної та позааудиторної роботи з курсу клінічної біохімії дистанційно в синхронному та асинхронному форматі, завдяки чому нам вдалось зберегти активний освітній процес на заняттях з клінічної біохімії в умовах воєнного стану. Так, на кожне заняття на онлайн платформі розміщено тестові запитання, які забезпечують можливість проведення контролю опрацьованих тем у зручний час. Розміщення ж кейсів на онлайн платформі дозволяє перервати синхронну взаємодію зі студентами у випадку повітряної тривоги та опрацювати матеріали асинхронно з оформленням студентами звіту у вигляді короткої мультимедійної презентації з дотриманням лояльного дедлайну.

Таким чином, застосування кейс-методу під час проведення практичних занять з клінічної біохімії в сьогоdnішніх реаліях є найбільш ефективним для формування професійних компетенцій майбутніх лікарів, стимулює студентів до приділення більшого часу для самостійної роботи з інформаційними джерелами, спрямовує на самостійний пошук і вирішення поставлених завдань, що, безумовно, викликає додатковий інтерес до предмету.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВЕБ-САЙТУ LITFL.COM У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Мордань В.Р., Чернацька О.М.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність. На сьогоднішній день ситуація в Україні сприяє впровадженню викладачами дистанційних технологій навчання. Студенти у процесі вивчення дисциплін використовують навчальні веб-сайти. Доцільно провести серед них опитування з метою визначення переваг та недоліків цього методу.

Мета – визначення особливостей застосування веб-сайту litfl.com у процесі вивчення модулю 3 з внутрішньої медицини серед вітчизняних і англомовних студентів навчально-наукового медичного інституту СумДУ.

Матеріали та методи. До дослідження включено студентів, які опанували модуль 3 з внутрішньої медицини будучи на п'ятому курсі СумДУ. Основну групу склали 72 іноземних, групу контролю - 50 україномовних студентів. Їм було роздано опитувальники. Усі особи основної (n = 72) та контрольної (n = 50) груп відповіли на 10 питань стосовно переваг та недоліків використання навчальних веб-сайтів, зокрема litfl.com у навчальному процесі. Дані було проаналізовано із використанням Microsoft Excel 2019.

Результати. Протягом очного вивчення внутрішньої медицини кількість англомовних студентів, які використовували навчальні веб-сайти склала 83,3 % (сайт litfl.com – 66,7 %), дистанційного – 95,8 % (сайт litfl.com – 70,8 %). Кількість вітчизняних здобувачів освіти, які використовували навчальні веб-сайти під час очного вивчення дисципліни становила 84 % (сайт litfl.com – 36 %), дистанційно – 88 % (сайт litfl.com – 24 %).

Під час опанування кардіології серед опитаних основної групи 54 особи (75 %) використовували сайт litfl.com, нефрології – 8 (11,1 %) та ревматології – 10 (13,9 %). Серед опитаних групи контролю 4 студенти (8 %) ознайомилися із зазначеним ресурсом під час роботи з електрокардіограмами.

Більшість студентів основної групи (87,5 %) та контролю (63,2 %) планують використовувати навчальний веб-сайт litfl.com у своїй подальшій професійній діяльності. Більшість опитаних основної групи (66,7 %) вважають, що сайт litfl.com робить навчання легшим та ефективнішим. На думку 62,5 % студентів, сайт litfl.com не має недоліків.

Висновки. У процесі вивчення модулю 3 з внутрішньої медицини у СумДУ кількість іноземних студентів, які використовували навчальний сайт litfl.com становила 70,8 %, що свідчить про його широке впровадження викладачами у освітньому процесі та наявність великої кількості переваг, серед яких швидкість, зручність, доступність. Більшість іноземних здобувачів не зазначили недоліки цього ресурсу. Серед вітчизняних студентів чверть опитаних використовували даний сайт, що обумовлене проведенням більшості занять офлайн, англомовним варіантом ресурсу.

ДОСВІД НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Назаренко О.В.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Запоріжжя. Україна

Актуальність проблеми. В умовах воєнного часу в Україні незамінною частиною освітнього процесу студентів медиків стала дистанційна форма навчання. При вивченні терапевтичних дисциплін основною задачею для викладача є створення оптимальних умов для оволодіння майбутніми лікарями навичками обстеження, діагностики та лікування пацієнтів. Відсутність можливості традиційного відпрацювання цих навичок за методикою «біля ліжка хворого» сприяла активному пошуку альтернативних підходів до навчання. Інтерактивні симуляційні технології є ефективним інструментом для формування у студентів клінічного

мислення, вміння самостійно приймати рішення щодо постановки діагнозу і вибору оптимальної лікарської тактики у пацієнтів.

Мета. На основі власного досвіду провести аналіз впровадження інтерактивних симуляційних технологій на кафедрі внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ).

Матеріал та результати дослідження. Згідно з навчальною програмою дисципліни «Внутрішня медицина» студенти 4 курсу під час навчання на кафедрі внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини ЗДМФУ мають оволодіти компетентностями діагностики та лікування найпоширеніших захворювань внутрішніх органів. Підсумком навчального процесу на цьому етапі є написання студентами історії хвороби терапевтичного хворого. Для реалізації цілей навчального процесу в умовах дистанційного навчання ефективним є використання онлайн-платформи віртуальних пацієнтів Body Interact, що базується на методі «case-based learning» – навчання шляхом вирішення конкретних клінічних завдань-ситуацій. Основними перевагами кейс-методу є можливість навчити студентів вирішувати складні проблеми, які неможливо вирішити аналітичним способом. Віртуальний симулятор пацієнта Body Interact дозволяє студенту поспілкуватися з пацієнтом, провести фізикальне та додаткове обстеження. Перевагою програми є можливість роботи з віддаленим доступом, що є особливо актуальним для студентів, які працюють в умовах перебоїв з електропостачанням та інтернет-з'єднанням. Клінічні кейси Body Interact містять обмежений об'єм даних, отже додатковим джерелом інформації при написанні навчальної історії хвороби виступає викладач. В синхронному та асинхронному режимах дистанційного навчання студенти мають можливість отримати додаткові відомості щодо анамнезу та результатів обстеження пацієнта. Дозоване подання інформації підвищує зацікавленість студентів, поліпшує їхні творчі здібності, що є вкрай важливим при формуванні клінічного мислення у майбутнього лікаря.

Захист навчальної історії хвороби проводиться на останньому занятті циклу у форматі онлайн-конференції під час якої студенти працюють у малих групах. Спочатку відбувається представлення студентами історії хвороби пацієнта, пояснюється вибір методів дослідження і тактики лікування. Потім проводиться детальний розбір клінічних кейсів з використанням методів аналізу конкретних ситуацій, дискусій та ділової гри. Підсумкова оцінка з історії хвороби виставляється студентами самостійно, а викладач виступає виключно в ролі координатора дискусії. Такий формат заняття формує у студентів навички публічних виступів, аналізу отриманих даних та дозволяє викладачу отримати «зворотній зв'язок».

Таким чином, при використанні описаного алгоритму написання навчальної історії хвороби студенти отримують можливість оволодіти компетентностями комунікації з пацієнтом, проведення діагностики та лікування найбільш поширених захворювань внутрішніх органів, а також засвоюють порядок заповнення основних розділів історії хвороби терапевтичного хворого.

Висновки. Дистанційна форма навчання з використанням онлайн-платформи Body Interact забезпечує високу якість оволодіння практичними навичками при вивченні дисципліни «Внутрішня медицина» у студентів 4 курсу. Використання симуляційних технологій активізує мотивацію студентів до самовдосконалення, покращує рівень оволодіння професійними компетентностями, що підвищує конкурентоспроможність майбутніх лікарів.

ДОСВІД НАВЧАННЯ НАДАННЮ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ

Чемерис Ю.О., Перцов В.І.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

Актуальність. Проблема надання екстреної домедичної допомоги постраждалим в критичному стані була актуальною в мирний час і стала критично важливою під час військових дій на території України. Як відомо, за перші 2-3 хвилини після поранення, постраждалий може втратити великий об'єм крові, що призводить до летальних наслідків. Тому, з початком масштабної військової агресії проти України, керівництвом та співробітниками Запорізького

державного медичного університету було прийняте рішення проводити навчальні семінари-тренінги для цивільного населення з надання домедичної допомоги при критичних станах.

Метою навчання було оволодіння знаннями, практичними навичками і вміннями надавати екстрену домедичну допомогу постраждалим при надзвичайних ситуаціях мирного часу та в умовах бойових дій особами, які не мають медичної освіти.

Матеріал і методи. Починаючи з лютого 2023 року, майже щодня, на базі Міжкафедрального тренінгового центру ЗДМУ, з використанням муляжів та манекенів, невеликими групами, пройшли курс навчання майже 2000 осіб, які не мали початкової медичної освіти, але бажали навчитись базовим медичним навичкам для надання домедичної допомоги постраждалим в екстрених ситуаціях. Навчання проводилось у вигляді початкового лекційного ознайомлення слухачів з матеріалом заняття з подальшим освоєнням, а також відпрацюванням практичних навичок. Для кращого засвоєння практичного матеріалу було застосовано методику «ситуаційного занурення» з моделюванням обставин, в яких необхідно надавати екстрену домедичну допомогу.

Під час навчання за даною програмою слухачі оволодівали техніками:

- проведення первинного і вторинного огляду постраждалих на місці події;
- тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі використовуючи накладання турнікету, тампонування рани або накладання компресійної пов'язки;
- відновлення прохідності дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легень.

Під час проведення первинного огляду постраждалого, слухачі вчилися виявляти ознаки масивної кровотечі та відрізнити її від некритичної, зупиняти зовнішню кровотечу застосовуючи техніку накладання джгутів і турнікетів на уражену кінцівку, як в якості самопомоги, так і допомагаючи уявному постраждалому, а також вчилися перевіряти ефективність зупинки критичної кровотечі. Під час теоретичної і практичної частини заняття слухачі дізнавались про показання та протипоказання, а також опанували техніку зупинки зовнішніх кровотеч застосовуючи методику тампонування рани, як звичайним перев'язувальним матеріалом, так і матеріалом з гемостатиком. Також на заняттях слухачі вчилися виявляти ознаки порушення дихання і відновлювати прохідність дихальних шляхів на манекенах та муляжах використовуючи назофарингіальні повітроводи.

Висновки: симуляційне навчання на семінарах-тренінгах надало можливість особам, які не мали медичної освіти, за короткий термін оволодіти знаннями, практичними навичками і вміннями надання невідкладної домедичної допомоги постраждалим в критичних ситуаціях.

ЙОДОПРОФІЛАКТИКА У РАЗІ РАДІАЦІЙНОЇ НЕБЕЗПЕКИ
Сміян О.І., Васильєва О.Г., Манько Ю.А., Голюк К.О., Фесюн А.Є., Ярьсько Т.Ю.,
Жигуліна К.О., Лєсна К.В., Чуйко В.І.
Сумський державний університет, Суми. Україна

З початком військових дій на території України все частіше піднімається питання йодопрофілактики при радіаційній небезпеці, пов'язане з використанням у військових цілях ядерного озброєння або з радіаційною небезпекою від атомних електростанцій. Багато інформації поширюється в медіа просторі, соціальних мережах. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) не залишається осторонь цього питання, активно висвітлює порядок дій у разі надзвичайної ситуації на атомних електростанціях, відповідно до норм. Але ж дуже часто популярності набирають не правдиві факти, міфи щодо захисту від радіації та йодопрофілактики.

Тому, нашою метою є нагадати медичним працівникам, користуючись профільними джерелами інформації (сайт МОЗ, рекомендації Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC)), про професійні, обґрунтовані та доказові дії в такій ситуації.

Методами дослідження було проведення систематичного огляду літературних джерел для здійснення аналізу доступної наукової інформації щодо проблеми йодопрофілактики, а також Наказу МОЗ України від 09 березня 2021 року № 408 «Про затвердження Регламенту щодо

проведення йодної профілактики у разі виникнення радіаційної аварії», Настанов та рекомендацій Центрів з контролю та профілактики захворювань США.

Під час аварії на ядерних установках атомних електростанцій відбувається викид радіоактивних речовин, зокрема радіоіотопів йоду. Найбільш чутливою до них є наша щитоподібна залоза (ЩЗ). Її тканини швидко поглинають ці іотопи та опромінюються. ЩЗ у дітей особливо швидко та майже в повному об'ємі поглинає цей радіоактивний йод. Це може призвести до захворювань залози та підвищити ризик розвитку онкопатологій у майбутньому. Водночас, у дорослих після 40 років, ЩЗ майже не поглинає радіоактивний йод, тому ризики у них захворюти знижені в разі порівняно з дітьми. Тому, щоб знизити ризик ураження ЩЗ, особливо у дітей, радіоактивним йодом, люди пропонують нанести на тіло йодну сіточку. Вона має нібито такі властивості, що вказує чи є дефіцит іонів йоду в організмі, може загоювати рани, лікувати набряки та інше. Проте, насправді йодна сіточка не має нічого спільного з доказовою сучасною медициною. Вона не захищає організм, а саме ЩЗ, від впливу іотопів йоду, які так шкодять їй. Пояснюється це тим, що розчини йоду не абсорбуються і не накопичуються в самій ЩЗ. А навпаки, особливо у дітей, може призвести до алергічних реакцій та хімічних опіків шкіри.

Також для йодопрофілактики рекомендують дітям використовувати розчин йоду, розчинивши кілька десятків крапель йодного розчину в іншій рідині – у воді або ще краще, у молоці чи соках, та випити, тим самим захистивши ЩЗ від дії на неї «шкідливого» йоду. Ситуація таж сама: ця процедура може призвести до розвитку хімічних опіків слизової оболонки ротової порожнини, стравоходу, шлунку, а ці сполуки йоду не будуть поглинатися ЩЗ і призводити до її радіопротекції.

З точки зору доказової медицини для такої йодопрофілактики призначають лише препарати стабільного йоду – йодид калію у формі таблеток. Цей препарат блокує здатність ЩЗ поглинати радіоактивні іотопи, і ризик її ушкодження значно знижується. Приймають його однократно та після прийому їжі. Дозування для профілактики є такими: діти до 1 місяця – 16 мг; діти від 1 міс. до 3 років – 32 мг; діти 3-12 років – 62,5 мг; підлітки 13-18 років та дорослі до 40 років, вагітні та матері, які годують грудьми – 125 мг; людям, старшим за 40 років, йодид калію не призначають. При призначенні препарату калію йодиду людям, треба враховувати й абсолютні та відносні протипокази до йодної профілактики: захворювання ЩЗ з гіпертиреозом різної природи, в тому числі в анамнезі; підвищена чутливість до йоду; кропив'янка; герпетиформний дерматит Дюринга; гіпокомплементаемічний васкуліт; геморагічний діатез; туберкульоз легень; нефрит, нефроз; піодермія, фурункульоз; токсична аденома.

Тому міфами також є те, що калію йодид варто приймати протягом тижня, а також що він захищає від опромінення не тільки ЩЗ, а і весь організм. Цей препарат можна приймати лише однократно і обов'язково тільки після відповідного сповіщення від органів влади. Краще за 6 годин до впливу радіоактивного йоду та впродовж 6 годин після його впливу, не рекомендується приймати препарат через 24 години після надходження хмари. Якщо ж випити калію йодид більше ніж один раз, то, навпаки, це може призвести до блокування функцій ЩЗ, підвищуючи ризик розвитку гіпотиреозу, можуть виникнути токсичні побічні ефекти йоду. Також, якщо людина зазнає прямого впливу радіоактивного опромінення, то це має наслідки в цілому для всього організму, а калію йодид захищає лише одну ЩЗ. А базовими правилами поведінки у випадку надзвичайної ситуації є: знаходження в укритті, ізолювання верхнього одягу від дії радіації, миття з мильним розчином відкритих ділянок шкіри, чіткі виконання вказівок органів влади.

Також міфом є йодопрофілактика калію йодидом при використанні сучасної ядерної зброї. Доведено, що при цьому виділяються інші радіоіотопи, які не діють на ЩЗ, не накопичуються в ній, тому використання даного препарату не є доцільним в даному випадку.

Таким чином, використовувати для йодної профілактики спиртовий розчин йоду або розчин Люголя категорично забороняється, є неефективним та, навіть, може завдати шкоди здоров'ю. А в разі радіоактивної небезпеки кожен українець повинен виконувати базові зарегламентовані правила поведінки.

ОПТИМІЗАЦІЯ НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ

Пащенко І.В.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

Дистанційна освіта в останнє десятиріччя є загальносвітовою тенденцією удосконалення навчального процесу. В умовах дистанційного навчання при відсутності безпосереднього контакту викладача зі студентами на практичних заняттях особливу роль відіграє мотивація студентів до засвоєння навчального матеріалу з діагностики патології дитячого віку. Дистанційне навчання з запровадженням платформи Microsoft Office 365 дозволило організувати викладання матеріалу з використанням мультимедійних презентацій на лекціях і практичних заняттях, тестів різного рівня складності, ситуаційних задач з аналізом клінічних помилок, навчальних відеофільмів, завдань для самостійної роботи студентів. Але на клінічних кафедрах виникла проблема організації роботи з написання навчальної студентської історії хвороби при відсутності можливості безпосередньої роботи студентів з пацієнтом. В цих умовах виникла необхідність застосування методу кейсів для вирішення цього питання.

Мета дослідження: оптимізація написання історії хвороби в умовах дистанційного навчання шляхом застосування кейсів при вивченні пропедевтичної педіатрії студентами 3 курсу медичного факультету.

Матеріали та методи. Для написання студентської історії хвороби використовувався вибір кейсів, які створюють проблемні ситуації при вирішенні задачі, містять дані анамнезу, об'єктивного обстеження, додаткових лабораторних та інструментальних даних. Ситуаційні задачі створені для мотивації формування професійних компетенцій у студентів з усвідомленням кінцевих цілей навчання.

Результати. Негативним фактором дистанційного викладання клінічної дисципліни є неможливість відпрацювання практичних навичок студентами з об'єктивного обстеження хворого безпосередньо у клініці. Дистанційне навчання не може повністю замінити спілкування студента з пацієнтом. Написання студентом історії хвороби з педіатрії ускладнено неможливістю контакту з хворою дитиною та її батьками. Але застосування сучасних інформаційних технологій сприяло трансформації традиційної «паперової» історії хвороби в електронну форму. В цих умовах зростає практична значимість використання симуляційних методик, спеціальних комп'ютерних програм. Встановлено, що методика написання навчальної історії хвороби з використанням кейсів з набором ситуаційних задач підвищувала мотивацію студентів в засвоєнні теоретичних знань і формуванні професійних компетенцій.

Висновки. Таким чином, дистанційне викладання клінічних дисциплін студентам – медикам створило потребу у зміні педагогічних аспектів навчального процесу. Задачею викладача є оптимізація учбового процесу для мотивації формування професійних компетенцій у студентів. Комплексний підхід до організації навчального процесу здатен забезпечити високий рівень компетентності майбутніх лікарів.

СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ»

Лотоцький В. В., Шацький В.В., Гарасимів І.М., Сван О.Б.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль. Україна

Актуальність проблеми. Значення домедичної допомоги важко переоцінити. Вчасно й правильно надана, вона у більшості випадків не тільки рятує життя потерпілого, але й забезпечує подальше успішне лікування поранення, попереджає розвиток важких ускладнень, зменшує втрату працездатності. Саме тому при вивченні цієї дисципліни здобувачами вищої освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (далі – ТНМУ) особлива увага приділяється не лише засвоєнню ними теоретичних знань щодо надання домедичної допомоги

постраждалим у надзвичайних ситуаціях, але й формуванню практичних навичок та вмінь із надання домедичної допомоги.

Мета: висвітлити особливості викладання «Домедичної допомоги в екстремальних ситуаціях» в ТНМУ.

Методи досліджень: аналітичний метод та метод узагальнення.

Результати. На якість надання домедичної допомоги пораненим суттєво впливає як рівень теоретичних знань, так і практичних вмінь медичного працівника. Тому в структуру навчальної дисципліни «Домедична допомога в екстремальних ситуаціях» була включена складова «тактична медицина», яка передбачає, що після її вивчення кожен здобувач вищої освіти повинен в повній мірі оволодіти практичними навиками щодо надання домедичної допомоги пораненим на різних фазах допомоги. Цьому сприяє проведення практичних занять в умовах міжкафедрального навчально-тренінгового центра, існуючого в ТНМУ. При вивченні складової «Тактична медицина» широко використовують симуляційну форму навчання, яка полягає у моделюванні місця події та практичному відпрацюванні навичок з надання домедичної допомоги постраждалим з різною бойовою травмою відповідно до розроблених симуляційних завдань. На таких заняттях здобувачі вищої освіти відпрацьовують на муляжах та манекенах такі практичні навички «тактичної медицини», як: тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі методом тампонування рани та накладання пов'язки що тисне; відновлення прохідності дихальних шляхів; надання допомоги при напруженому пневмотораксі; надання допомоги при ранах різної локалізації.

При проведенні симуляційного навчання роль постраждалих виконують самі здобувачі вищої освіти (якщо це не шкодить їхньому здоров'ю) або манекени чи муляжі. В процесі навчання використовуються засоби зовнішньої тимчасової зупинки кровотечі (турнікети, гемостатичні бинти, пов'язки, що тиснуть), набори повітроводів для відновлення та підтримки прохідності дихальних шляхів (назофарингеальні, орофарингеальні та невізуалізовані надгортанні повітроводи, набори крикотиуреотомії), засоби для штучної вентиляції легень та додаткової подачі кисню (лицьова маска, мішок Амбу та інші), набори для транспортної іммобілізації (дошка транспортувальна; ноші; шийні комірці); перев'язувальний матеріал тощо. Відпрацювання навичок проводиться в умовах, максимально наближених до реального бою, здобувачі вищої освіти працюють у військовому спорядженні (шоломах, бронежилетах, з муляжами зброї) та використовують табельне медичне оснащення військовослужбовця.

Висновки. Симуляційна форма навчання є найбільш оптимальною, оскільки дає можливість більш повно та реалістично моделювати об'єкт в певній ситуації, набути необхідні теоретичні та практичні знання, відпрацьовувати конкретні навички, не завдаючи шкоди здоров'ю людини.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОМЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ ТА У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ

Жара Г.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава. Україна

Актуальність проблеми. Війна в Україні спричинила значне збільшення кількості травм, як серед комбатантів, так і серед цивільного населення. До 90% смертей постраждалих пов'язані з масивною крововтратою. За підтвердженими даними (D.S. Spahn зі співавт., 2019; В.І. Черній, 2023), 50% пацієнтів не отримують своєчасну медичну допомогу і помирають ще до госпіталізації, а 30% гинуть у найближчі дві години після транспортування у відділення інтенсивної терапії. Як свідчить статистика, вчасне і професійне надання домедичної допомоги на місці події на 20-25% може знизити кількість смертей при бойових травмах та ушкодженнях внаслідок обстрілів цивільних об'єктів.

Досвід різних країн, в яких відбувалися і відбуваються збройні конфлікти (Гана, Ізраїль, Ірак, Руанда, Сирія, Сомалі та ін.) показує нагальну необхідність здійснення систематичної підготовки не тільки медичних фахівців, але і різних верств населення до надання невідкладної медичної допомоги. Незважаючи на те, що багато пересічних громадян не мають чіткого розуміння

невідкладної допомоги, більшість авторів запевняє, що багато хто виявляє великий інтерес до вивчення невідкладної медицини (І. Муца, J. Garside, зі співавт., 2018).

Мета – проаналізувати систему домедичної підготовки в Україні та використання міжнародного досвіду у цій сфері.

Матеріал і методи досліджень. Методологія дослідження ґрунтується на аналізі наукових праць вітчизняних та зарубіжних дослідників і практиків з надання невідкладної медичної допомоги, а також інтерв'юванні тренерів-інструкторів з тактичної медицини/домедичної допомоги.

Результати. Підготовка медичних працівників до надання екстреної допомоги здійснюється переважно в межах освітніх програм у медичних закладах вищої або фахової передвищої освіти, заходів, які проводяться міжнародними медичними організаціями у межах грантових програм, а також на курсах підвищення кваліфікації. З 2017 року в Україні організовано навчання парамедиків, і така підготовка складає основу їхньої професійної кваліфікації. Фахівці немедичного профілю, для яких у посадових обов'язках законодавчо закріплена необхідність надання першої медичної допомоги (працівники ДСНС, поліція, педагоги тощо) також мають отримувати відповідні компетенції у межах професійної підготовки.

Аналізуючи рекомендації Агенції із захисту довкілля (U.S. Environmental Protection Agency – EPA, 2022) щодо тих, хто складає першу ланку контактників з потерпілими під час війни, фахівці (Н.О. Марута, Т.В. Панько, І.О. Явдак зі співавт., 2015, 2022), зазначають, що це переважно ті особи, які здебільшого не є професіоналами у сфері здоров'я, а саме: волонтери, поліція, пожежники, представники Червоного хреста, громадських, благодійних та релігійних організацій, а також соціального сектора – вчителі, соціальні працівники тощо.

Так, інструктори з домедичної допомоги вказують, що слухачами їхніх (платних) курсів найчастіше є учителі, службовці, підприємці, журналісти, а після повномасштабного вторгнення до них додалися ще волонтери і військові. У середньому за рік інструктор здійснює підготовку близько 1500-1700 осіб. Найбільш затребуваною є тематика занять з серцево-легеневої реанімації і зупинки кровотеч. Основними алгоритмами, за якими надається невідкладна допомога при травмах, і які відпрацьовуються під час навчання, це алгоритми ABCDE та MARCH (Є.Д. Теницька, В.О. Одійчук, О.І. Краснова, О.Г. Краснов, 2023). Ці протоколи відповідають міжнародним стандартам, мають чітку послідовність дій, ураховують фізіологічні механізми реакції організму на шок.

Телемедичні технології і консультації у режимі реального часу можуть також використовуватись при наданні первинної медико-санітарної допомоги (Е.В. Бельмас, 2023). Це підтверджують непоодинокі випадки рятування потерпілих цивільними людьми в умовах, коли під час активних бойових дій не було можливості транспортувати постраждалого до медичного закладу.

Висновки. В умовах війни підготовка населення щодо надання першої домедичної допомоги потерпілим має ще більшу актуальність, ніж у мирний час, внаслідок почастищення випадків отримання травм, що спричиняють критичні кровотечі та інші загрозливі для життя стани. Спектр осіб, які повинні бути підготовленими до надання невідкладної допомоги, не обмежується медичними працівниками, тому організація тренінгів і симуляційного навчання має бути поширеною і доступною для усіх верств населення і різних вікових категорій. Наявні труднощі з симуляційним обладнанням та розхідними матеріалами можна компенсувати за рахунок реалізації грантових проектів, що може збільшити доступність навчання і здійснення його на безоплатній основі.

ПРИНЦИП DAMAGE CONTROL ORTHOPEDICS ПРИ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ КІНЦІВОК

Ткаченко Ю.А., Змисля І.Ф., Товчко С.М., Зозуля І.Т.
Сумський державний університет, Суми. Україна

Мета роботи: вивчити особливості застосування тактики Damage control orthopedics (DCO) при лікуванні вогнепальних поранень кінцівок.

Матеріали і методи. Дослідження було проведено на базі травматологічного відділення КНП СМР «Центральна міська лікарня» (м. Суми), куди з моменту початку військової агресії Росії проти України було доставлено 53 поранених. Тяжкість стану поранених визначалась за шкалою FTS. У тяжкому і вкрай тяжкому стані за цією шкалою перебувало 6 (11.3%) поранених, у нетяжкому – 47 (88.6%). У 27 (50.9%) постраждалих діагностовані вогнепальні поранення кінцівок.

Результати та обговорення. У поранених у тяжкому та вкрай тяжкому стані з тяжкими торакальними та абдомінальними травмами (4-9 балів за шкалою FTS) застосували тактику DCO. Показаннями до її використання були: декомпенсований травматичний шок з прогресивною коагулопатією (активованій тромбопластиновий час – понад 60 с); артеріальна гіпотензія (рівень систолічного артеріального тиску менше ніж 90 мм рт. ст.) та гіпотермія (температура тіла нижче за 32 °С). В першій фазі лікування за принципом DCO проводилися протишокові заходи, а саме зупинка кровотечі, дренування плевральної порожнини, знеболювання, накладання асептичних пов'язок та іммобілізація кінцівок. В другій фазі тактики DCO важливим заходом лікування були повторні та вторинні хірургічні обробки ран з проведенням фасціотомій, використанням вакуум-терапії. Також в цій фазі накладалися стрижневі апарати зовнішньої фіксації (АЗФ). Оперативні втручання виконувалися після стабілізації стану поранених (зазвичай через 24-36 годин). В третій фазі тактики DCO застосовували реконструктивно-відновні операційні втручання, при вогнепальних переломах довгих кісток кінцівок – заміну стрижневого АЗФ на пластину або інтрамедулярний блокований цвях. Середній термін перебування в лікарні складав 25±3 дні. З повним одужанням виписано 3 (50%) поранених, з покращенням – 2 (33,3%), помер – 1 (16.6%).

Висновки. Диференційована тактика DCO при хірургічному лікуванні поранених у тяжкому та вкрай тяжкому стані є ефективною і дійсно необхідною для врятування життя військовослужбовців у перший період травматичної хвороби та запобігання ускладненням другого і третього періодів.

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В СУМСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ Хижня Я.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Симуляційне навчання – сучасна технологія набуття практичних навичок, умінь та знань, заснована на реалістичному моделюванні та імітації клінічної ситуації з використанням різноманітного сучасного навчального обладнання.

Метою навчання з використанням симуляційних сценаріїв є придбання і засвоєння навичок (технічних, когнітивних, поведінкових), що складає компетентність майбутнього фахівця.

Безумовно, симуляційні технології не зможуть замінити досвід, набутий біля ліжка хворого, проте симуляційний тренінг надає цілий ряд переваг: відсутність ризику для пацієнта завдяки клінічному досвіду, придбаному у віртуальному середовищі; об'єктивізація оцінки досягнутого рівня майстерності; необмежена кількість повторів для відпрацювання навичок; відпрацювання дій при рідкісних патологіях і таких, які загрожують життю; частину функцій викладача бере на себе віртуальний тренажер, підвищує доступність освіти; зниження стресу під час перших самостійних маніпуляцій; тренінг відбувається незалежно від розкладу роботи клініки і освітнього закладу; розвиток індивідуальних умінь і навичок; розвиток клінічного мислення; розвиток логічного мислення.

На базі Сумського державного університету для проведення симуляційного навчання створений навчально-тренувальний центр, який має вагоме матеріально-технічне оснащення. Дорослі манекени – повноцінні реанімаційні системи, які дозволяють практикувати різні варіанти розвитку подій, внутрішньовенні вливання, вимірювання кров'яного тиску, проводити дефібриляцію, процедури на дихальних шляхах. Практика компресій грудної клітки, відновлення прохідності дихальних шляхів, вентиляції для базової підтримки життєдіяльності, інтубація з використанням ларингоскопа, введення оральних (ОРА) та назальних повітроводів (НРА), практика і оцінка СЛР за допомогою програмного забезпечення, самостійне тренування СЛР за допомогою планшетного ПК або ноутбука.

Таким чином, симуляційне навчання дозволяє без залучення в навчальний процес пацієнтів на доклінічному етапі попередньо освоїти практичні маніпуляції і нетехнічні навички, в подальшому забезпечує більш ефективне навчання в клініці, без стресу і з меншою кількістю помилок. Крім того, симуляційне навчання з використанням комп'ютеризованих сценаріїв клінічних випадків може бути ефективним для проведення післядипломного етапу навчання (підвищення кваліфікації без відриву від повсякденної діяльності, обмін досвіду між клініками, між лікарями, незалежність від отримання навчальних матеріалів під час конференції, безперервність підвищення кваліфікації).

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ-ПАРАМЕДИКІВ З ДИСЦИПЛІНИ «ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ДИТЯЧОГО ВІКУ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

**Сміян О.І., Січненко П.І., Бугасько В.О., Спічакова Н.М.,
Кругляк С.І., Хрін Н.В., Романенко Т.В.**

Сумський державний університет, Суми. Україна

Надання якісної медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі потребує наявності достатньої кількості фахівців високого кваліфікаційного рівня. Це викликає необхідність перегляду і удосконалення існуючих нині освітніх програм підготовки спеціалістів даного напрямку, що особливо дуже актуально в теперішній час в умовах воєнного стану. Суттєві зміни в організації роботи, обумовлені воєнним станом, значні зміни в структурі патології постраждалих вимагають якісно нових підходів до підготовки не тільки лікаря – екстреної медицини, але і спеціаліста-парамедика. В умовах воєнного стану актуально також, стає необхідність якісно нової організації співпраці між парамедиками і лікарями-спеціалістами з тактичної медицини.

З урахуванням вище зазначеного, для подолання усіх цих викликів, що постали перед медичною освітянською спільнотою, в рамках підготовки спеціаліста для здобуття освітнього ступеня «Бакалавр» за спеціалізацією «Екстрена медицина», професійна кваліфікація «Парамедик» на базі освітньо-кваліфікаційного рівня «молодший спеціаліст» спеціальностей галузі «Охорона здоров'я» на кафедрі педіатрії СумДУ розпочато викладання навчальної дисципліни «Екстрена медична допомога постраждалим дітям» за освітньо-професійною програмою «Екстрена медицина».

Навчальна програма дисципліни «Екстрена медична допомога постраждалим дитячого віку» є складовою освітньо-професійної програми «Екстрена медицина» для парамедиків і направлена на здобуття вмінь і знань з екстреної медицини для надання медичної допомоги пацієнтам дитячого віку, підготовку конкурентоспроможних на ринку праці фахівців для потреб служби екстреної медичної допомоги.

Метою програми є підготовка фахівця-парамедика який володіє клінічним мисленням, фундаментальними знаннями та відповідними компетентностями, необхідними для ефективного надання екстреної медичної допомоги хворим дітям і дітям постраждалим у невідкладному стані на місці події, у процесі транспортування до лікувальної установи та на ранньому госпітальному етапі.

В основі програми закладено прикладний її характер, що передбачає іноваційні підходи до методики навчання і включає навчання на основі аналізу клінічного випадку, ситуації (CBL), командно-орієнтоване навчання (TBL), тощо. Такий підхід дозволяє поєднувати як теоретичну, так і практичну частини навчання, забезпечує опанування навичками (soft skills) і спрямований на підготовку висококваліфікованих фахівців-парамедиків, які володіють актуальними знаннями і практичними навичками в сфері медицини невідкладних станів, в тому числі медицини невідкладних станів дитячого віку.

Програма підготовки складається із 5 кредитів і становить 150 годин, із яких аудиторних 36 годин. В основі організації навчального процесу при вивченні дисципліни закладений практико – орієнтований підхід, головна мета якого полягає у формуванні якісних практичних навичок і вмінь у сфері екстреної медичної допомоги. Основну масу аудиторних навчальних годин складає вивчення анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, особливостей перебігу дитячих хвороб, невідкладних станів, а також моделювання критичних ситуацій в тому чи іншому випадку в залежності від віку дитини, характеру ушкоджень, місця події та стану тяжкості дитини. Заняття проводяться, як в навчальній кімнаті при розгляді теоретичних програм, так і, переважно, в симуляційному центрі з відпрацюванням практичних навичок по сортуванню, транспортуванню та наданню невідкладної допомоги хворим та постраждалим дітям. Така методологія проведення практичних занять із застосуванням практико-орієнтованих технологій у освітньому процесі дозволяє розвивати здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу, навчати вчитися, оволодівати сучасними знаннями та застосовувати їх у практичних ситуаціях, отримувати знання та розуміння предметної галузі, з розумінням ставитись до майбутньої професії та своєчасно приймати правильні рішення в екстремальних ситуаціях.

Таким чином, провадження в навчальний процес підготовки фахівців-парамедиків з невідкладної медицини питань з надання невідкладної допомоги дітям дозволяє значно підвищити рівень знань фахівців, розширяє спектр їх компетентностей та можливостей під час надання екстреної допомоги постраждалим дітям і є, на нашу думку, обґрунтованим і своєчасним кроком, особливо в умовах воєнного часу.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ПАРАМЕДИКІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

Лобода А.М., Петрашенко В.О., Погоріла В.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність. Концепцію розвитку екстреної медичної допомоги ухвалена Кабінетом Міністрів України у 2019 році. Відповідно до неї підготовка парамедиків є важливою складовою системи екстреної медичної допомоги. Парамедики є першими фахівцями, які надають медичну допомогу пацієнтам у надзвичайних ситуаціях, таких як травми, серцеві напади, інсульти, опіки тощо.

Мета. Визначити основні проблеми підготовки фахівців-парамедиків та перспективи їх подолання.

Матеріали і методи. Проаналізовано власний досвід та нормативну базу підготовки парамедиків, а саме кваліфікаційні вимоги для парамедиків (наказ МОЗ України від 09.08.2017 р. №918 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я"»), стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» (наказ МОН України від 05.12.2018 р. №1344).

Результати. Професія «парамедик» була запроваджена в нашій країні наказом Мінекономрозвитку від 26 жовтня 2017 року №1542 «Про затвердження Зміни №6 до національного класифікатора України ДК 003:2010». Парамедик – це фахівець, який надає широкий спектр рятувальних медичних послуг за сучасними стандартами на догоспітальному етапі й своєчасно транспортує постраждалого до лікарні. Незважаючи на те, що Постановою КМУ від 21.11.2012 р. №1114 було визначено заміна складу бригаад екстреної (швидкої) медичної

допомоги на парамедиків до 2025 року, на сьогодні відчувається брак кваліфікованих і досвідчених парамедиків, що пов'язано з низкою причин:

1. Брак фінансування. Невелике державне замовлення на спеціальність, відсутність підтримки державою безперервної підготовки випускників медичних коледжів рівня «молодший спеціаліст», ступеня «фаховий молодший бакалавр», які бажають продовжити навчання за спеціалізацією «Екстрена медицина» на бакалаврському рівні, відсутність підтримки навчальної інфраструктури університетів тощо.

2. Брак відповідних кадрів. Підготовка парамедиків вимагає залучення висококваліфікованих викладачів, сертифікованих тренерів та інструкторів.

3. Значний обсяг практичного навчання, в т.ч. в симуляційному центрі (не менше 30 кредитів), що важко забезпечити в умовах пандемії COVID-19 (карантинні обмеження), війни (перебування в бомбосховищах, відключення електрики).

4. Недостатня увага до психологічного здоров'я парамедиків, які внаслідок психотравмуючих ситуацій на роботі схильні до професійного «вигорання».

Однією з перспектив розвитку підготовки парамедиків є використання сучасних технологій та навчальних методик, таких як віртуальні тренажери. Створення стимуляційних сценаріїв з використанням можливостей VR-лабораторії університету дозволить відпрацьовувати навички сортування пацієнтів, роботи в команді в екстрених ситуаціях. Використання технологій доповненої реальності при підготовці навчально-методичного забезпечення дає змогу завжди мати під рукою еталон виконання маніпуляції/процедури, а опанування телемедичними технологіями з використанням портативних пристроїв забезпечить можливість проведення віддаленої консультації з лікарем навіть у віддалених районах, гірській місцевості, звільнених територіях із зруйнованою медичною інфраструктурою.

ДО ПИТАННЯ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Школьна І.І, Сухорученко Д.А.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Навчання студентів медичних ВНЗ екстреної медичної допомоги є важливим аспектом підготовки майбутніх лікарів до надання ефективної допомоги у надзвичайних ситуаціях, таких як природні катастрофи, техногенні аварії, терористичні акти, епідемії та інші кризові ситуації, які можуть виникнути у будь-який час.

Програма вивчення основ екстреної медичної допомоги має на меті навчити студентів розуміти й практикувати найкращі методи надання медичної допомоги в умовах кризових ситуацій. Студенти повинні мати знання щодо першої допомоги, медичної термінології, основних принципів лікування травм та інших тяжких станів. Студентам надаються знання та практичні навички з планування та координації дій медичного персоналу під час кризових ситуацій, управління ресурсами, комунікації з громадськістю та інші навички, необхідні для ефективного функціонування медичної системи під час катастроф.

Студенти мають засвоїти методи та техніки надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях, таких як природні катастрофи, техногенні аварії, терористичні акти тощо. Навчання студентів медичних ВНЗ передбачає вивчення теоретичних основ медицини катастроф, а також практичних навичок реагування на надзвичайні ситуації.

Вивчення медичних аспектів надання невідкладної допомоги є важливим елементом підготовки медичного персоналу до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, а також до координації дій з іншими службами під час екстремальних умов. Для студентів медичних ВНЗ це дає можливість здобути необхідні знання та практичні навички для виконання своїх професійних обов'язків в екстремальних умовах та допомогти врятувати життя та здоров'я людей.

Практична робота студентів може містити наступні аспекти:

1. Проведення візитів до станцій швидкої медичної допомоги, лікарень та інших медичних установ для вивчення методів організації медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях та аналізу недоліків.

2. Участь у симуляційних тренуваннях та практичних заняттях для отримання навичок в організації медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, включаючи роботу з пацієнтами в екстремальних умовах, надання першої допомоги та реанімаційних заходів.

3. Розроблення планів дій для організації медичного забезпечення в надзвичайних ситуаціях, включаючи вибір місця та розміщення медичної допомоги, планування транспортування пацієнтів та координацію роботи медичного персоналу.

4. Участь у навчальних сесіях та семінарах для обговорення важливих питань організації медичної допомоги.

Вивчення основ екстреної медичної допомоги при воєнних діях є надзвичайно важливим для медичних фахівців не тільки під час воєнних конфліктів, але й для підготовки до надзвичайних ситуацій, таких як природні катастрофи, терористичні атаки, масові аварії та інші.

Таким чином, вивчення дисципліни при воєнних діях є дуже важливим для медичних фахівців та може мати значний вплив на підвищення ефективності та безпеки медичної практики в будь-яких умовах.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ДИСТАНЦІЙНІЙ ОСВІТІ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Підкова В.Я.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

На сьогоднішній день, коли наша країна знаходиться в надскладних умовах воєнного стану, життя в Україні не зупинилося. Продовжують працювати навчальні заклади, а нові умови, що склалися, створили й нові підходи до здобуття вищої освіти. У вибудовуванні спеціалістів-професіоналів якість навчання завжди залишається дуже важливою.

Після відновлення навчання, з березня 2022 року, співробітники нашої клінічної кафедри університету в своїй роботі продовжили застосування досвіду дистанційного викладання клінічної дисципліни (пропедевтики педіатрії) за допомогою MS Office 365 та платформи MS Teams, який ми здобули під час двох попередніх локдаунів з приводу пандемії COVID-19. Технічні проблеми, які виникали в зв'язку з відсутністю світла, інтернету та іншими проблемами як у викладачів, так і в здобувачів, ми коригували запропонованим ректоратом вишу навчанням в синхронному та асинхронному режимах. Кожне заняття фіксувалося у відео- та аудіозаписах для розширення можливостей здобувачів самостійно допрацьовувати окремі теми та окремі питання після перегляду занять у записах. Також були організовані консультативні дні, які надавали здобувачам додаткові можливості пізнання предмету. Такий режим роботи допоміг залучити всіх студентів, що навчались. А платформа MS Teams, з її багатьма додатками, надала поштовх для творчого підходу до навчального процесу й надала нові можливості у викладанні клінічної дисципліни. В своїй роботі застосовували частіше такі додатки, як Forms, Stream. З додаткових програм використовували Easy Auscultation, симулятор електрокардіографії (ЕКГ – Skillstat ecg), BodyInteract. Для забезпечення якісного викладання клінічної дисципліни колективом кафедри було напрацьовано багато методичного матеріалу та подано здобувачам освіти для опрацювання саме в новому форматі Teams. До цих матеріалів ми віднесли методичні рекомендації для самостійної підготовки до практичних занять; декілька посібників, створених колективом кафедри, що структурують та систематизують матеріал предмету для вивчення. Розроблені до кожного окремого заняття завдання, запитання у вигляді «робочого зошита», заповнення якого передбачає опрацювання певної теми. Підготовлені презентації для супроводу практичних занять, що використовуються для підвищення наочності матеріалу. Створені багатоваріантні ситуаційні клінічні задачі, з використанням як текстових матеріалів, так і відеороликів (за допомогою як додатка Stream, та і YouTube) та створені до кожної теми з різним рівнем складності, які

приймалися до обговорення здобувачами з метою навчання постанови синдромологічного діагнозу.

Залучення до навчання програми <https://www.easyauscultation.com/> дали змогу окрім пропедевтичних навичок – вислуховування легенів та серця (аудіо та відеоможливості), проводити вимірювання артеріального тиску віртуальним пацієнтам та робити висновки з приводу діагнозів. Програма <https://www.skillstat.com/tools/ecg-simulator/> допомогла опанувати студентам непросту тему з додаткових методів дослідження серцево-судинної системи – ЕКГ. Демонстрація на заняттях нової програми BodyInteract дозволила ще більше візуалізувати пацієнта та надати можливість участі здобувачів у процесі обстеження та надання невідкладної інтерактивної допомоги хворому.

Таким чином, творчий підхід викладачів кафедри до дистанційного навчання спонукає здобувачів до вивчення предмету, до засвоєння теоретичної складової, розуміння аналізу лабораторних показників та додаткових методів дослідження, можливості розвивати свою думку та уявлення, формулювати синдромологічні діагнози. Але навіть інноваційні технології поки що позбавлені можливостей передати техніку практичних навичок і маніпуляцій та здійснити якісний контроль за правильним виконанням практичних навичок самими здобувачами вищої освіти.

ВАЖЛИВІСТЬ НАВЧАЛЬНИХ РОЛИКІВ ТА ВІДЕОФІЛЬМІВ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ ВИКЛАДАННІ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Соляник О.В.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

У сучасному світі, коли кожної години змінюється та постійно зростає кількість інформації, яку раніше людина отримувала протягом декількох років або впродовж всього життя, дуже необхідна модернізація освітнього простору, заснована на інноваційних технологіях з використанням новітніх досягнень науки та практики, з застосуванням інтерактивних методів навчання. Ці інноваційні методи повинні використовуватися викладачами клінічних кафедр. Сучасність, спочатку пандемія COVID-19, а зараз воєнний стан, диктує нам свої умови освіти – працювати дистанційно з використанням платформи Microsoft office 365-Teams.

Використання мультимедійних технологій дуже важливо при навчанні студентів-медиків. Мультимедійні технології при навчанні пропедевтичної педіатрії мають полегшити засвоєння і запам'ятовування навчального матеріалу та індивідуалізацію навчання. Для кращого засвоєння матеріалу використовуються навчальні ролики та відеофільми. Вони доступно пояснюють на прикладах хворих, як збирати скарги, анамнез у дітей, як спілкуватися з ними та їх батьками. Ці відеофільми дозволяють ознайомитися студентам з практичними навичками. Вони навчають проведенню об'єктивного дослідження дитини, а саме, методиці огляду, пальпації, перкусії та аускультатії всіх систем організму. Інші навчальні ролики та відеофільми, наочно, на прикладах пояснюють, як оцінювати фізичний та психомоторний розвиток дитини.

Навчальний ролик та відеофільм – проста, доступна та цікава форма презентації нового матеріалу. Ці мультимедійні технології використовуються з метою закріплення тільки що вивченого та під час повторення раніше вивченого матеріалу. Вони потрібні при узагальненні, систематизації знань студентів, а також їх можливо використовувати, як вступ під час вивчення нового матеріалу. Студенти з увагою дивяться ці ролики та фільми. Потім вони відповідають на питання стосовно тематики навчального фільму. Всі студенти беруть активну участь в дискусії щодо практичних питань, яким був присвячений навчальний ролик або фільм.

Можна зробити висновок, що навчальні ролики та відеофільми повинні займати важливу роль в дистанційному навчанні пропедевтичної педіатрії. Вони допомагають студентам уявити себе в стінах лікувального закладу та побачити як повинен проводитися збір скарг, анамнезу життя та хвороби, об'єктивне дослідження дитини, уявити її фізичний та психомоторний розвиток. При дискусії після перегляду можна виявити які питання засвоєні студентами, а яким слід ще приділити увагу. Це дає можливість об'єктивного оцінювання знань кожного студента.

РЕГІОНАРНА АНАСТЕЗІЯ ПРИ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ НА КІНЦІВКАХ У ПОРАНЕНИХ В УМОВАХ ТИЛОВОГО ГОСПІТАЛЮ

Білас О.Ю., Тітов І.І.

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ. Україна

Актуальність. Військова агресія РФ проти України змінила звичний порядок надання медичної допомоги військовослужбовцям української армії. Поетапна евакуація поранених здійснювалась від стабілізаційних пунктів неподалік фронту до прифронтових мобільних шпиталів, де виконувалися первинні хірургічні втручання та вирішувалась наступна тактика лікування. Після чого поранених транспортували у тилловий госпіталь. Початок військових дій дав різкий поштовх у розвитку регіонарної анестезії під ультразвуковим контролем. Провідникові методи знеболення під УЗ-контролем відомі своєю безпечністю та надійністю і широко використовуються військовими та цивільними анестезіологами для анестезіологічного забезпечення оперативних втручань та лікуванні больового синдрому в післяопераційному періоді.

Мета. Вивчити роль та місце регіонарної анестезії при оперативних втручаннях на кінцівках у поранених в умовах тилового госпіталю. Оцінити якість та тривалість периопераційного знеболення.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 80 військових віком від 19 до 56 років з ізольованими та множинними травмами верхніх і нижніх кінцівок, які були прооперовані під регіонарним знеболенням. Всі провідникові анестезії проводились під ультразвуковим контролем за допомогою УЗД-апарату Sonosite S-nerve (США). Пункція та введення місцевого анестетика здійснювалась одномоментно голкою Stimuplex A (B.Braun, Німеччина) за методикою *in plane*. Серед місцевих анестетиків використовувались ропівакаїн 0,75% (Ропілонг, Юрія-Фарм, Україна) або бупівакаїн 0,5% у комбінації з лідокаїном 1,5%. Як ад'ювант з метою зменшення нейротоксичності до розчину добавляли 1 мл 0,4% р-ну дексаметазону. Враховували кількість, тривалість та види регіонарних блоків. Оцінювали біль за допомогою індексу анальгезії/ноцицепції (ANI, Metrodoloris, Франція) та візуально-аналогової шкали (ВАШ). Отримані результати опрацьовано статистично.

Результати. Найбільшу кількість регіонарних анестезій було проведено на верхній кінцівці – 67 блоків (69,8%), на нижній кінцівці відповідно – 29 (30,2%). При операціях на плечі, передпліччі та кисті (монтаж/демонтаж/перемонтаж АЗФ, остеосинтез, аутодерматопластика, видалення сторонніх тіл, ПХО) надавали перевагу надключичному доступу блокади *plexus brachialis* – 38 (39,6%), у той же час частка аксілярного доступу склала 8,3% (8 блоків). Для регіонарного знеболення при операціях на ключиці та плечовому суглобі виконували блокаду з міжрабинчастого доступу – 20 (20,8%). При втручаннях на гомілці блокували *n. ischiadicus* з латерально-дистального доступу – 12 (12,5%), таку ж кількість пункцій провели над *n. femoralis*. Для додаткового знеболення латеральної поверхні стегна при знятті шкірного лоскуту застосовували LFCN блок у 5 випадках (5,2%). Комбінація місцевих анестетиків лідокаїн 1,5% + ропівакаїн 0,75% застосовувалась найчастіше – 68,75% випадках.

При комбінації ропівакаїн+лідокаїн час хірургічної анестезії становив $4,8 \pm 0,37$ год., а для суміші бупівакаїн+лідокаїн цей час становив $4,6 \pm 0,31$ год. Інтраопераційні показники ANI коливалися в діапазоні 84-90, що відповідає повному безбольовому комфорту.

Висновки. Регіонарна анестезія під УЗ-контролем посідає ключове місце у анестезіологічному забезпеченні тилового госпіталю. Вона забезпечує адекватне та тривале знеболення при операціях на кінцівках, зменшує навантаження на медичний персонал та забезпечує швидке відновлення оперованого, мінімізує частоту виникнення ускладнень характерних для «сліпих» методик регіонарного знеболення.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КОМПЛЕКТУВАННЯ БРИГАД ШМД В УМОВАХ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Побивайло К.А.

КНП Сумської обласної ради «Сумський обласний центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф», Охтирська станція, Охтирка. Україна

Актуальність проблеми. Внаслідок повномасштабного військового вторгнення, значна територія України належить до зони активних бойових дій чи деокупованих територій. Цей факт безумовно впливає на всі сфери життя людей в населених пунктах, серед яких і медицина. В подібних умовах значно утруднене надання невідкладної медичної допомоги, через що виникла необхідність внести певні зміни як в організацію самого процесу надання допомоги.

Метою даного дослідження є оцінка ефективності реорганізації певних етапів надання екстреної медичної допомоги, враховуючи наявний досвід роботи в умовах активних бойових дій.

Основними методами дослідження було спостереження (результати якого зафіксовані та систематизовані), аналіз отриманих результатів, та їх обробка. Для певного наочного подання інформації використовувалась фото та відео фіксація матеріального забезпечення, оснащення та додаткового спорядження бригад ШМД.

Результатами даного дослідження можна вважати значне покращення комплектування бригад ШМД, у зв'язку з активними бойовими діями.

Слід відмітити, що дані зміни є не тільки превентивними, але і необхідними, у зв'язку з відмінністю причин виклику ШМД від довоєнного часу. Необхідно зазначити, що всі учасники виїзної бригади ШМД (лікар, фельдшер, водій) ознайомлені з оснащенням автомобіля та комплектування бригади ШМД, а також володіють необхідними практичними навичками, що є запорукою успішного виконання своїх обов'язків та злагодженій командній роботі.

Висновок: війна впливає на абсолютно всі сфери життя людини, змінам піддалась і медицина. Саме завдяки високому професіоналізму медиків та відданості своїй професії, надання екстреної медичної допомоги в умовах активних бойових дій не лише залишилося на достойному рівні, а і зазнавши певних змін змогло в певній мірі удосконалитися. Слава УКРАЇНІ!

ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ТРАВМАХ, ОТРИМАНИХ ПІД ЧАС НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Йорданова Д.С., Луцак О.О., Залапко Н.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ. Україна

Актуальність: шанси пораненого на виживання часто зумовлюються рівнем володіння практичними навичками надання першої допомоги пораненого та того, хто знаходиться поруч. За різними літературними даними в структурі поранень, отриманих під час бойових дій та надзвичайних ситуацій переважають травматологічні, а саме травми та поранення кінцівок (60%) (І. П. Хоменко, К.В. Гуменюк. 2021). Вміння правильно надати першу медичну допомогу суттєво зменшує кількість ускладнень та інвалідизацію після отримання тяжких травм.

Мета: встановити зміни клінічної картини та тактики лікування пораненого при наданні першої медичної допомоги в залежності від якості її надання.

Зміст роботи: на догоспітальному етапі має вагоме значення як швидкість надання (правило «золотої» години), так і якість її надання. Дуже важливо опанувати методику правильного накладання турнікету, щоб не допустити виникнення ускладнень. Розглянемо два подібні клінічні випадки, в яких розберемо вагомність правильного накладання турнікету.

Пацієнт А., що постраждав через наїзд транспорту, внаслідок чого отримав відкритий перелом правої великогомілкової кістки 3-го ступеня. На місці події працівниками екстреної медичної допомоги (ЕМД) було накладено турнікет (на верхню третину правого стегна), після чого постраждалий був доставлений до лікарні, через 1-2 години після отримання травми. В лікарні виявили, що одяг над місцем відкритого перелому був розрізаний, пляма крові на тканині мала приблизний діаметр 20 см. Під час огляду пацієнта було виявлено, що права нижня кінцівка набула

синього кольору, а кров все ще безперервно витікала з місця розриву м'яких тканин, що свідчить про те, що при накладанні турнікету не було досягнуто необхідного рівня компресії, тобто був перетиснутий лише венозний кровотік. Пальпаторно відчувався слабкий дистальний пульс нижче накладеного турнікету. Ускладнення, які виникли у потерпілого: внаслідок невірно накладеного турнікету, а саме недосягнення належного рівня компресії, мала місце значна крововтрата, збільшена травматизація м'яких тканин та подовжений час післяопераційного відновлення (на 3-4 дні).

Пацієнт Б. (цивільний) потрапив під ракетний обстріл, внаслідок чого отримав відкритий перелом лівої великогомілкової кістки 3-го ступеня. На місці пригоди працівниками ЕМД було накладено турнікет (на верхню третину стегна), після чого пацієнт був доставлений до лікарні (яка спеціалізується на тяжких та комбінованих травмах). Під час огляду виявили, що одяг над місцем відкритого перелому був розірваний, пляма крові на тканині мала приблизний діаметр 10 см. Також було відмічено, що ліва нижня кінцівка бліда, дистальний пульс на пораненій кінцівці не пальпується, що свідчить про те, що турнікет був затягнутий достатньо, артерії та вени перетиснуті. Завдяки правильно накладеному турнікету ускладнень не виникло, крововтрата була відносно незначною, післяопераційних ускладнень не було, відновлення пройшло задовільно. В обох вищеописаних випадках, ще до госпіталізації, на місці пригоди на травмовану кінцівку було накладено надувну шину, по прибуттю до лікарні її замінили на шину Крамера.

Зазвичай, при наданні допомоги на місці події, допускають наступні помилки: накладання турнікету без нагальної необхідності в тих випадках, коли можливо зупинити кровотечу іншими, менш травмуючими засобами. Також, серед найбільш частих помилок є недостатнє затягування турнікету та травмування судинно-нервового пучка. В цих випадках можливе виникнення таких ускладнень, як ампутація кінцівки і, як наслідок, тяжка інвалідизація пацієнта.

Висновки: незважаючи на значну ймовірність отримання травматологічних поранень під час ведення бойових дій та у випадках інших надзвичайних ситуацій, при правильному наданні першої медичної допомоги рівень превентивних смертей та інвалідизації після отримання поранення буде значно зменшений, що є першоосновою збереження високої якості життя та працездатності після одужання.

ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО ПАЦІЄНТА ПРОТЯГОМ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Калашник К.В., Рябоконт О.В., Фурик О.О.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя. Україна

З початку 2020 року та розповсюдженням пандемії COVID-19, ректорат Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) впровадив дистанційне навчання з використанням MS Teams. Проте виникла потреба у відпрацюванні практичних навичок, що стало неможливим в умовах карантину та відсутності доступу здобувачів до пацієнтів. Були розглянуті різні варіанти вирішення цієї проблеми та була обрана симуляційна програма із комплексом сценаріїв від BodyInteract. Закордонний досвід роботи із цією програмою показав наявність значної кількості переваг у порівнянні із роботою з класичним манекеном: нижча вартість, можливість цілодобового доступу та багаторазового повторення сценарію.

Мета – впровадити сучасні технології симуляційного навчання у курс освіти здобувачів на кафедрі інфекційних хвороб ЗДМУ.

Для полегшення взаємодії зі здобувачами (студенти, курсанти) була створена покрокова інструкція, що складалася зі скріншотів вікна та коротким поясненням. Для англійських студентів ця інструкція була переведена на англійську. Міжкафедральний тренінговий центр ЗДМУ на початку кожного навчального року надає кафедрі набір логінів та паролей під якими здобувачі заходять та можуть побачити сценарії, що відносяться до інфекційних хвороб.

Під час першого запуску сценарію здобувачами відмічений довгий запуск (приблизно 10-15 хвилин). Після запуску є можливість персоналізації налаштувань: змінити мову та одиниці вимірювань (на більш звичні). Сценарії поділені за різними рівнями складності – від базового до

просунутого. Чим вище рівень складності, тим більша кількість варіацій втручань у різних категоріях.

Здобувачі мають змогу зібрати анамнез життя, анамнез хвороби, провести об'єктивний огляд за системами органів. Також можна провести різні лабораторні обстеження включаючи інструментальні. Після призначення аналізів система демонструє прогрес виконання та видає результат. Одночасно з проведенням аналізів здобувачі мають змогу проводити маніпуляції (встановлення катетерів, надання кисню різними способами) та використання різних медикаментів.

Протягом роботи із віртуальним пацієнтом здобувачі могли зіткнутися зі складнощами. Першою є проблема із входом до акаунту. Зазвичай це було пов'язано з низкою причин: помилка у логіні/паролі, повільне інтернет-з'єднання, використання VPN-сервісів на окупованих територіях, спроба використання однієї зв'язки логін/пароль декількома студентами або курсантами. Наступна група проблем пов'язана із особливостями самих сценаріїв, а саме неможливість одночасного призначення великої кількості лабораторних обстежень та методів лікування. Це пов'язано із тим, що у сценаріях закладена чітка покроковість дій, що впливає на результат. Про ці можливі проблеми ми попереджаємо перед початком роботи.

Після завершення сценарію, здобувачі потрапляють на сторінку брифінгу, де вони можуть побачити результат своїх маніпуляцій та зрозуміти що з усього було першочерговим та обов'язковим, а що не мало впливу на результат сценарію. Це дозволяло при повторних проходженнях отримати більш високу оцінку.

Висновки. Використання віртуального пацієнта від BodyInteract є сучасною та ефективною системою напрацювання практичних навичок та алгоритмів дій в різних ситуаціях, що є актуальним в умовах карантинних обмежень та дії воєнного стану в Україні.

РОЛЬ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ ТА ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ФАХОВИХ МОЛОДШИХ БАКАЛАВРІВ МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКОГО МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ

Жеребнюк М.М.

Могилів-Подільський медичний фаховий коледж, Могилів-Подільський. Україна

Актуальність проблеми. Модернізація системи освіти пов'язується із введенням в освітнє середовище інноваційних технологій. Інноваційні форми й методи дають можливість створити комфортні умови навчання, за яких кожен студент відчуває свою необхідність, зможе розкрити свої здібності й продемонструвати знання, відчути впевненість у собі.

Постановка проблеми. Пріоритет викладацької діяльності Могилів-Подільського медичного фахового коледжу – сформувати компетентну особистість студента на основі розвитку пізнавального інтересу, навчити самостійно мислити, озброїти необхідними для цього знаннями, вміннями та навичками.

Виклад основного матеріалу. Найважливішим завданням передвищої освіти є підготовка компетентного, гнучкого, конкуренто-спроможного спеціаліста, який здатний досягати визначених цілей у різних соціокультурних ситуаціях. Ключовими моментами у формуванні якостей фахових молодших бакалаврів виступають консультативна допомога викладача та інноваційні новітні технології в навчальному процесі.

Майбутнім медичним працівникам необхідні ґрунтовні знання, для того, щоб правильно та швидко оцінити стан пацієнта, провести його обстеження, лікування, надати кваліфіковану консультацію, психологічну підтримку, пораду. Викладачі клінічних дисциплін навчають студентів це робити на теоретичних та практичних заняттях, на яких доречно використовують мультимедійні презентації за допомогою відповідного оснащення: комп'ютера, мультимедійного проектора, інтерактивної дошки тощо. Мультимедійні презентації підвищують якість оволодіння навчальною інформацією. Також активно використовуються навчально-контролюючі комп'ютерні програми, які допомагають удосконалити рівень знань, умінь та навичок студентів.

У навчальному закладі працює комп'ютеризована бібліотека, навчально-тренувальний центр професійної підготовки. У коледжі створено єдиний інформаційний простір, працює власний сайт, на якому розміщена необхідна інформація для всіх учасників навчально-виховного процесу та майбутніх абітурієнтів.

Однією з форм упровадження інноваційних технологій є проведення науково-практичних, студентських, тематичних, інтегрованих конференцій, різноманітних волонтерських акцій, зорієнтованих на профілактику, санітарно-освітню роботу, впровадження стратегії здорового способу життя. План проведення і тематика конференцій формуються відповідно до Календаря медичних дат.

Завдання, що стоїть перед нашим навчальними закладами є не лише підготовка висококваліфікованих фахівців, а й виховання духовної еліти, оновлення інтелектуального генофонду нації.

Коледж як один із інститутів соціалізації людини сприяє підготовці студентської молоді до ролі активних суб'єктів у майбутніх суспільних процесах, де молода людина повинна бути винятково уважною як до нових реалій і тенденцій суспільного розвитку, так і нововведень щодо змісту, форм та методів виховання. Важливою ознакою інноваційного виховного середовища є наявність системи використання перспективних педагогічних технологій для забезпечення якісної освіти студентів. В арсеналі наших педагогів є безліч нових форм, методів, технологій виховання, в основі яких покладено особистісно-орієнтований підхід до виховання. До найбільш розповсюджених належать такі: технологія виховання духовної культури студента, технологія інтегрованого виховання, технологія виховання успішної особистості, технологія професійного самовиховання, інтерактивні технології виховання, нові інформаційно-комунікаційні технології, технологія виховання культури взаємин студентів, ігрові технології та інші.

Важливим аспектом технології інтерактивного виховання особистості є почуття групової належності, що дає змогу невпевненим у собі студентам почувати себе безпечно, долати труднощі. Студенти відчувають емоційну підтримку. Організація цієї технології виховання передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання рольових ігор у виховній роботі, спільне розв'язання наявних проблем на основі аналізу обставин і відповідної ситуації. Обов'язковим є те, що під час розгляду виховних ситуацій як викладач, так і студенти можуть висловлювати власну думку, вони є рівноправними. Інтерактивна технологія ефективна для вироблення ієрархії цінностей особистості, створення позитивної групової атмосфери взаємодії.

Технологія інтегрованого виховання передбачає художньо-естетичну освіченість і вихованість особистості. Виховуючи у студентської молоді естетичні погляди, смаки, які ґрунтуються на народній естетиці та на найкращих надбаннях цивілізації, педагогічний колектив прагне виробити у студентів естетичну активність, бажання вносити прекрасне у життя, примножувати культурно-мистецькі надбання народу.

Висновок. Зазначене вище надає можливість зробити висновок про те, що інновація є основною формою розвитку сфери освіти, тоді як управління процесом інновації, що включає створення умов для її відтворення – основним механізмом, який визначає її якість та якість освіти в цілому.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЩОДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ТРАВМІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Потапов О.О., Кмита О.П., Циндренко О.О.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність. В Україні щороку травми периферичних нервів отримують 2,5-3 тис. осіб, частіше це молодий працездатний вік. У структурі загального травматизму ушкодження периферичних нервів (ПН) в мирний час складає 1,5-6%, а під час військових дій (беручи до уваги дану ситуацію на Сході України) за рахунок вогнепальних пошкоджень кількість коливається в діапазоні 9-25 %.

Мета та завдання: вибір найоптимальнішого варіанту хірургічного лікування при травматичному ушкодженні периферичного нерва шляхом порівняння результатів досліджень.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз медичної літератури та публікацій за останні п'ять років, із приділенням уваги дослідженням, що стосувались сучасних методик хірургічного лікування травматичних ушкоджень периферичних нервів.

Проблема хірургічного лікування є остаточно не вирішеною, регенерація периферичних нервів – складний процес і тому існує обмеження нинішніх методів лікування такі як повільна регенерація нервів та недостатнє заповнення великих нервових проміжків. Щоб подолати ці обмеження, була розроблена клітинна терапія, що забезпечує наявність підтримуючих клітин в місці ураження з метою прискорення регенерації нервів. Шваннівські клітини відіграють важливу роль у багатьох аспектах регенерації нервів. Трансплантація стовбурових клітин для регенерації периферичних нервів пропонує альтернативну клітинну терапію з декількома регенеративними перевагами. В даний час досліджуються різні типи джерел стовбурових клітин на предмет їх застосування для регенерації периферичних нервів в поєднанні з найоптимальнішим нервовим провідником.

Обговорення результатів. Результати нашого дослідження цілком відповідали даним літературних джерел, які ми аналізували під час планування роботи. Слід зазначити, що для повного розуміння ефективності цих методів в кінцевому підсумку необхідні великі біомедичні та технічні дослідження. Встановлено, що при значних за протяжністю травматичних дефектах нерва, найоптимальнішим варіантом є використання нервових провідників комбінованого складу і відповідної конструкції в поєднанні з клітинними культурами та факторами росту.

Висновки. Питання щодо хірургічного лікування травмованих периферичних нервів є остаточно не вирішеною. Регенерація периферичних нервів – складний процес і тому існує обмеження нинішніх методів лікування такі як повільна регенерація та недостатнє вивчення комплексного підходу заходів для його відновлення. Своєчасна реконструкція нерва, виконана з використанням мікрохірургічної техніки із застосуванням найоптимальнішого сучасного біологічно сумісного матеріалу, такого як хітозан, графен, колаген або їх поєднання, значно покращує його функціональне відновлення.

ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ, ЯК МЕТОДУ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА МЕДИЦИНИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.

Громов С.В.

Полтавський базовий медичний фаховий коледж, Полтава. Україна

Знання вже не є сталою самоціллю під час навчання, і система освіти майбутніх медиків відповідно має змінюватись, крокувати в ногу з часом та навчати того, що актуальне та цінується в практичній медицині зараз. Відповіддю на ці виклики є компетентнісне навчання.

Метою цієї роботи є розгляд симуляційного навчання компетентнісного підходу, як методу роботи при викладанні практичної частини освітнього компоненту «Військово-медична підготовка та медицина надзвичайних ситуацій» в студентів IV курсу Полтавського базового медичного фахового коледжу.

Роль медичних закладів фахової передвищої освіти зараз – підготувати випускників до професійного життя комплексно. Навчити їх критично мислити, аналізувати постійно оновлювальні накази МОЗ України, рекомендації ВОЗ, гайдлайни визнаних професійними спільнотами світу спілок фахівців: Всеукраїнської ради реанімації, Європейської ради ресуститації (ERC), Американської асоціації серця (AHA). Сформувані навичку опрацьовувати ті обсяги інформації, яку вони отримують з різних джерел інформації та вибирати із неї необхідне, новітнє, але безумовно доказове з погляду наукової медицини. Привчити встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, шукати логіку в діях науковців та з іншого боку фахівців комерційного сектору медицини, фармацевтичного ринку. Стара парадигма освіти, у якій освітній заклад існував для накопичення знань та інформації, вже не працює. Симуляційне навчання, як метод

компетентісного підходу прямо впливає на розвиток клінічного мислення майбутніх медичних працівників.

Для викладача важливо навчитись реалізувати таке навчання на практиці. Перейти від позиції пасивного лектора-ментора на позицію фахівця-практика, інструктора. Допоможуть у цьому підручники, посібники, що містять проблемні ситуації, а також практико-орієнтовані завдання, спрямовані на аналіз та оцінювання інформації. Утім, як показав досвід, самої теоретичної готовності викладача до реалізації компетентісного навчання – замало. Найголовніша запорука успіху – досвід практичної роботи за фахом та тренінгова практична підготовка щодо роботи в малих групах. Викладач в позиції «граючого тренера», фахівця здатного на суб'єкт-суб'єктні стосунки зі студентами, володіючого сучасними методиками проведення заняття – це безпрограшний варіант в роботі з сучасною аудиторією. Симуляційне навчання на подив багатьох фахівців може впроваджуватись в очній та дистанційній формі. Розглянемо чотирьох ступеневу модель побудови очного практичного заняття з ВМП та МНС.

Чотири етапи проведення заняття: 1 підготовка; 2 налаштування; 3 діалог; 4 висновок.

Чотири ступеня відпрацювання практичних навичок:

1. Викладач демонструє навичку без пояснень у режимі реального часу та без пауз.
2. Викладач демонструє навичку знову, цього разу, описуючи що й навіщо він робить.
3. Викладач виконує навичку знову, але за участю здобувачів освіти, учасники говорять викладачу, що і як він має виконувати.
4. Здобувачі освіти демонструють навичку повністю з або без коментарів того, що вони роблять.

Обов'язковий дебрифінг в завершенні такого типу заняття закріплює нові знання та навички у довгостроковій пам'яті.

Клінічний кейс – метод компетентісного підходу, який також дозволяє відпрацьовувати практичні навички дистанційно та очно. Під час очної форми навчання викладач сам виголошує та створює умови кейсу або використовує сучасні симуляційні манекени введенням в них параметрів. Далі студент опрацьовує навичку за вже знайомою нам 4-ступеневою моделлю. При дистанційній формі навчання викладач використовує освітні платформи (наприклад, MOODLE) або комп'ютерні симулятори, які дозволяють створити навіть фото чи відеокейс, з контролем таймінгу та результатів вирішення кейсу.

Висновки.

Мінусами симуляційного навчання, як методу компетентісного підходу є:

- висока вартість обладнання;
- необхідність перепідготовки викладацького складу для опанування методу;
- витрати часу на потреби в постійному моніторингу та оновленні навчальних програм відповідно до сучасних гайдлайнів;
- високе фізичне, розумове та психо-емоційне навантаження на викладача.

Плюси симуляційного навчання, як методу компетентісного підходу:

- осучаснення навчання, відповідно до потреб доказової медицини, ринку праці та шляхів отримання інформації студентською молоддю;
- відсутність ризику для пацієнта;
- об'єктивізація та активізація навчального процесу;
- розвиток комунікативних навичок та робота в команді;
- адаптація до роботи в умовах стресу, розвиток логічного та клінічного мислення майбутніх медичних працівників;
- можливість поєднання очного та дистанційного формату роботи;
- вдале поєднання одночасного отримання Hard skills (англ. «Жорсткі» практичні навички) та Soft skills - (англ. «М'які» універсальні соціальні та особисті навички).

Таким чином, симуляційне навчання є передовим методом доклінічної підготовки, післядипломної підготовки та безумовним лідером в підвищенні кваліфікації практикуючих медиків.

КОНКУРСИ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ, ОЛІМПІАДИ З КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН, СТУДЕНТСЬКІ КОНФЕРЕНЦІЇ ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ ФОРМУВАННЯ SOFT SKILLS МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Волошина Н.І.

Лебединський фаховий медичний коледж імені професора М.І.Ситенка, Лебедин. Україна

Без усякого сумніву тверді навички (hard skill) майбутньому медичному працівнику є дуже важливими. Саме медичні коледжі готують фахового молодшого бакалавра, медичного працівника, який відповідно до кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі «Охорона здоров'я» виконує безпосередньо практичні навички, догляд за пацієнтами, надає невідкладну допомогу. Але не менш важливими є м'які навички (soft skills). Усім відомо, що за результатами досліджень співвідношення важливості навичок soft skills та hard skill 61% //39%. Найбільш важливими на думку роботодавців, є вміння брати відповідальність на себе 62%, намагання розвиватися 56,9%, наполегливість 48,3%, комунікабельність 57,1%.

Із результатів опитування здобувачів освіти Лебединського фахового медичного коледжу імені професора М.І. Ситенка минулого року з'ясувалося, що на першому місці майбутні медики поставили «відповідальність», на другому – «вміння комунікувати» і третьою навичкою визначили «вміння швидко навчатися та навчати інших». Сьогоднішні респонденти визначають найважливішою навичкою для медичного працівника: «вміння комунікувати». Про це говорять більше 80% здобувачів освіти. Ще однією із важливих навичок вони відмічають вміння працювати в команді. Відповідальність – визначають важливою рисою для медичного працівника більше ніж 4/5 респондентів. Ці навички вони бажають розвинути у себе, перебуваючи у коледжі.

І саме конкурси професійної майстерності, олімпіади з клінічних дисциплін, студентські конференції ми вважаємо одним із шляхів формування Soft skills майбутніх медичних працівників. Вважаємо, що навчити співпрацювати, комунікувати, працювати в команді, бути готовим до змін можна через співпрацю, саме засобами позанавчальної діяльності.

Сьогодні здобувачам освіти поряд із розвитком Hard skills, потрібно навчитися гарно переконувати та мати ораторські здібності, а майбутнім медикам ще й комунікувати з пацієнтами, що мають відхилення у психічному і фізичному здоров'ї, з маленькими дітьми та їх мамами, з хоспісними пацієнтами. А ще бути досить гнучкими, керувати своїми емоціями, активно слухати. Треба навчити наших здобувачів освіти вже сьогодні дотримуватися етикету, медичної етики та деонтології. Для майбутніх медиків важливо розвивати цифрові навички (Digital Skills), адже це важливо для щоденної ефективної та комфортної роботи медичних працівників, не забуваючи і про цифрову безпеку.

У коледжі організоване практичне навчання шляхом використання технології симуляційного навчання. І позанавчальні заходи: конкурси професійної майстерності, олімпіади з клінічних дисциплін проходять таким же методом. Завдання конкурсів, олімпіад передбачають роботу в командах, що вимагає вміння координувати свої дії, де ролі здобувачів освіти змінюються (пацієнт, фельдшер, лідер, підлеглий, статист). Ми використовуємо технології групового навчання. І разом з тим забезпечуємо індивідуалізацію навчання. Тобто поєднання таких інноваційних технологій, а також взаємодіючого, діалогового навчання, дозволяють формувати думачу, творчу особистість, яка прагне до самовдосконалення.

Традиційними у коледжі вже є конкурси «Травма», «Кращий з виконання ін'єкцій», конкурс професійної майстерності з доклінічної хірургії, конкурс з ін'єкційної техніки в машині екстреної медичної допомоги «на ходу».

Ми вважаємо, що саме такий формат професійних конкурсів дозволяє досягти саме ті три елементи співпраці, які визначено у проєкті Освіта 4,0 в повсякденну діяльність майбутнього медичного працівника: міжособистісне спілкування, розв'язання конфліктів і управління задачами.

Уже з першого курсу здобувачі освіти долучаються до участі в проєктах. Вони об'єднуються у групи для проходження квестів, беруть участь у конкурсах, батлах, оксфордських дебатах, наукових поєдинках, стендових доповідях, медичних турнірах, конференціях. Такі форми проведення позанавчальних заходів вчать здобувачів освіти працювати в команді, бути

відповідальним, координувати свої дії, вміти розв'язувати проблемні питання, визначати їх пріоритетність, проводити дослідження. Саме під час таких заходів розкривається потенціал особистості.

Отже, інноваційні технології, що використовуються не тільки під час занять, а і в позанавчальній діяльності, дозволяють забезпечити якість підготовки спеціаліста.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ TYTOSARE НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ ДИСТАНЦІЙНО В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

Сміян О.І., Горбась В.А.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність. Проблеми сьогодення диктують нові правила для підготовки майбутніх лікарів, а особливо в перші місяці війни. Для кафедри педіатрії це не стало новиною, а навпаки, удосконалило навички дистанційного навчання, як для викладачів, так і для студентів. Спочатку епідемія COVID-19, потім військові дії у країні, які і спонукають до удосконалення і трансформації медичної освіти. На даний час питання дистанційної освіти залишається актуальним і спонукає узагальнити власний практичний досвід проведення занять із використанням інформаційно-комунікаційних цифрових технологій.

Мета. Застосовувати сучасні освітні інформаційно-комунікаційні технології слід науково обґрунтовано, регулярно змінюючи методичні підходи навчання, що має сприяти зацікавленості студентів до навчання, гнучкості, врахування різноманітності та інклюзивності студентів, особливо іноземців. Вибір платформи, формат завдань – усе це не просто елементи, а система, яка правильно методично працює, якщо продумана наперед. Наше завдання – допомогти студентам адаптуватися та максимально сприяти якісному і цікавому навчанню навіть дистанційно. Поділяючи навчальні заняття на синхронну та асинхронну частини, навчальні матеріали потрібно відповідно адаптувати.

Методи дослідження. Одним із засобів інформаційно-комунікаційних технологій в нашому виші є онлайн-відеоплатформа Google Meet, онлайн платформа для тестування MIX Learning, для ознайомлення з теоретичним матеріалом Lectur.ED та програма TytoCare на кафедрі педіатрії для опрацювання практичних навичок біля ліжка хворого.

Результати. Наш практичний досвід полягає не лише в теоретичній частині на платформах, а і можливість участі студента біля ліжка хворого за допомогою програми TytoCare, яка активно впроваджується на нашій кафедрі всіма викладачами, починаючи ще з часів пандемії COVID-19. Цікавим є те, що програма проста і зручна у використанні, дозволяє проводити аускультатії серця та легенів пацієнта в умовах клініки або дистанційно, переглядати відеозаписи, вимірювати температуру тіла та фотографувати пацієнта. На онлайн заняттях ми відображали відеозв'язок курації хворого, який одразу може спостерігати студент, а саме скарги хворого, об'єктивне обстеження пацієнта, що є зараз дуже актуальним, навіть в умовах, коли студенти не можуть потрапити в палату всі і одразу ми використовуємо цю програму і зараз, що з зацікавленістю сприймають студенти і це дає змогу їм активно приймати участь в дискусії з пацієнтом, збирати анамнез і обстежувати віртуально на умовах реальності.

Висновки. Отже, необхідно регулярно перебудувати медичну освіту не лише для сьогодення, але навіть більше для майбутнього після пандемії та завершення війни, адже викладачі чітко бачать потенціал та вдосконалюють навички онлайн-викладання, що має зацікавлювати студентів до навчання.

Імовірно, що освітній процес в прийдешньому навчальному році буде теж неоднозначним. Передбачено проведення навчання в різних формах (очно, дистанційно, змішано), залежно від регіону та воєнної ситуації в Україні. Сподіваємось на Перемогу і очне навчання, яке безумовно є перевагою і конче необхідне для наших студентів-медиків.

АНАЛІЗ ДІЄВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Матвійчук М.В., Ангельська В.Ю., Гуменюк Н.І., Поляруш В.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Вінниця. Україна

Актуальність теми. Надзвичайна ситуація, що склалася сьогодні в нашій країні, ставить виклик перед освітою та громадянами. Сучасна вища медична освіта покликана виконати своє завдання шляхом створення особливого освітнього середовища, яке гарантує підготовку компетентних медичних працівників, конкурентоспроможних на ринку праці. Пандемія COVID-19, військові дії в країні, що призвели до великої кількості травмованих, важкопоранених, тяжкохворих, вимагають застосування нових принципів та практик, а отже, потребують трансформації медичної освіти.

Мета: провести аналіз сучасних наукових джерел з питання актуальності впровадження дистанційних форм навчання.

Матеріали і методи: вивчення та систематизація матеріалів наукової літератури, статей з даної теми, інтернет-ресурс.

Результати: з метою підготовки студентів на усіх етапах їхньої медичної освіти, перед викладачами постало завдання організації та налагодження якісного навчального процесу. У медичних університетах для формування професійної компетентності студентів необхідно впроваджувати практико-орієнтоване навчання. Сучасні інформаційні технології забезпечують дистанційну освіту. Дистанційна освіта стала інструментом забезпечення безперервності освітнього процесу та його реалізації в умовах надзвичайних ситуацій. Міністерство освіти і науки розробило організаційно-методичні рекомендації щодо дистанційної освіти (лист МОН від 19.05.2020 р. № 6/643-2020), де зосереджується на загальних принципах дистанційної освіти в навчальних закладах та надає довідкову інформацію про інструменти та платформи, доступні для освіти за дистанційним принципом. Також розроблено методичні рекомендації щодо організації навчального процесу, значна частина яких присвячена дистанційному навчанню (лист від 17.08.2021 р. №1/9-414). В. Кременя, зазначає, що дистанційна освіта – це форма навчання, рівнозначна денній, заочній, вечірній або екстренатній, яка переважно реалізується за допомогою технологій дистанційного навчання. За визначенням науковця, дистанційне навчання – це педагогічні та інформаційно-технологічні технології дистанційної освіти. Педагогічні технології – це технології, пов'язані з методикою активного спілкування між викладачами та студентами з використанням телекомунікацій та самостійною роботою студентів з навчальним матеріалом, представленим в електронному вигляді. Інформаційні технології в дистанційній освіті – це технології, що використовують телекомунікації для створення, передачі, та зберігання навчальних матеріалів, а також для організації та підтримки навчального процесу дистанційної освіти. Підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я базується на інтенсивному використанні комп'ютерних технологій у навчальній та професійній діяльності, що є не тільки важливим елементом навчального процесу, але й вважається одним з основних інструментів у лікувально-діагностичному процесі. Зрештою, лікарі мають справу з великою кількістю програмного забезпечення: електронні рецепти, лікарняні листи, бази даних пацієнтів, інформаційна система мереж аптек, лабораторій.

Висновки: таким чином дистанційне навчання має бути дієвим з точки зору побудови кар'єри та самореалізації майбутніх фахівців медичної галузі, набуття ними конкурентоздатних компетенцій та компетентностей. Можемо відзначити, що існують деякі переваги дистанційної освіти, а саме: використання сучасних технологій у навчальному процесі разом з розвитком практичних навичок для майбутньої кар'єри, комфортне навчальне середовище, яке підвищує продуктивність, гнучкість-студент може адаптувати своє навчання до власного темпу, здібностей та потреб, спрощує процес перевірки кінцевого рівня знань з використанням системи тестового контролю, варіюючи методи подання інформації – текст, графіка, зображення та відео – педагоги можуть підвищити рівень доступу до інформації для своїх студентів.

ПРИНЦИПИ ЗДІЙСНЕННЯ МЕДИЧНОГО ЗАХИСТУ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.

Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

Мета. Визначити основні принципи ефективного та адекватного медичного захисту населення від бойового враження під час проведення бойових дій.

Матеріали і методи дослідження. Науковому аналізу були піддані дані джерел спеціальної та наукової інформації щодо проведення медичного захисту під час бойових дій в східних регіонах України. Методом логічного аналізу проведено аналіз даних світової інформації на ситуацію в Україні. Дослідження проводились методами формальної логіки, кризового менеджменту і теорії управління ризиками.

Результати та їх обговорення. В результаті аналізу визначено, що ситуація щодо надання медичної допомоги в зоні проведення бойових дій має суттєву різницю як з мирним часом так і з класичними бойовими діями. Така різниця обумовлена насамперед практичною відсутністю організованої евакуації населення із зони проведення бойових дій, відсутністю саме в зоні проведення бойових дій інфраструктури військово-медичної допомоги, не чіткою визначеністю нормативного статусу медичних працівників та оцінки їх дій.

Виходячи з вище викладеного було визначено за доцільне формування наступних принципів медичної допомоги в зоні проведення бойових дій:

1. Медичні заходи в зоні проведення бойових дій здійснюються у порядку, що передбачені для зони надзвичайних ситуацій, тобто силами та формуваннями державної служби медицини катастроф України, що визначено кодексом цивільного захисту України

2. До складу сил та засобів служби медицини катастроф у зоні проведення бойових дій, включаються всі цивільні заходи охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та форм власності.

3. Повинно бути сформовано окремий штаб (центр), як орган управління медичним захистом в зоні проведення бойових дій на який буде покладено оперативне керівництво медичним захистом та медичними закладами, незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування

4. Заходи медичного захисту (особливо щодо надання медичної допомоги населенню) в зоні проведення бойових дій повинні здійснюватись відповідно клінічних маршрутів та протоколів із забезпеченням реалізації медичних технологій, що передбачені для зон надзвичайних ситуацій, тобто мають певні особливості та обмеження.

5. Забезпечення ефективної, чіткої та нормативно урегульованої співпраці служби медицини катастроф з медичною службою силових структур, що задіяні в зоні проведення бойових дій.

Висновок. Медичний захист населення в зоні проведення бойових дій потребує чіткого формування та дотримання принципів, що реалізуються за умов надзвичайних ситуацій, а також їх нормативного врегулювання.

МЕДИЧНИЙ ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ ЯК КОМПОНЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Лисун Д.М.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

Мета. Визначити основні засади медичного захисту населення, як компоненту національної безпеки держави.

Актуальність дослідження: право на життя є фундаментальним правом громадянина України, одним з найважливіших механізмів реалізації даного права є медичний захист населення від наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального та воєнного характеру. При тому реалізація заходів медичного захисту є одним із суттєвих механізмів забезпечення національної безпеки держави. На жаль, дане питання у науковому плані вивчено недостатньо.

Матеріали і методи дослідження. Був проведений аналіз даних джерел спеціальної та наукової інформації щодо медичного захисту населення, маючи на увазі забезпечення національної безпеки України, що має особливе значення під час воєнного стану та проведення бойових дій. Також був проведений аналіз досвіту роботи служби медицини катастроф України на яку покладено функції реалізації медичного захисту. Дослідження проводились із застосуванням методів формальної логіки, кризового менеджменту і теорії управління ризиками.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що нормативне регулювання медичного захисту, як компонента національної безпеки, хоча досить чітко визначено на законодавчому рівні, однак існують суттєві протиріччя, як у законодавчих, так й у нормативних актах, та що особливо порушує національну безпеку – протиріччя між законодавчим та нормативним регулюванням медичного захисту.

Другою проблемою, що створює загрозу національної безпеки держави є певна відокремленість медичного захисту від інших видів захисту в межах Єдиної державної системи цивільного захисту, при тому механізм взаємодії медичного захисту з іншими системами захисту вкрай нечітко та недостатньо визначено на законодавчому та нормативному рівнях регулювання.

Аналіз досвіту роботи служб медицини катастроф довів, що саме неврегульованість діяльності медицини катастроф стосовно координації та взаємодії знижує ефективність, а іноді й унеможливує реалізацію заходів медичного захисту населення, особливо у зоні проведення бойових дій та прилежних територій.

Також великою проблемою є певна невизначеність статусу формувань медицини катастроф стосовно належності до аварійно-рятувальних служб, що впливає на соціальні гарантії працівників, знижує мотивацію до роботи та значною мірою обмежує правове поле діяльності служби медицини катастроф.

Комплекс причинних факторів, що викладене вище, вкрай негативне впливає на рівень національної безпеки, як у гуманітарному, соціально-політичному так й у військово-цивільному аспектах.

Висновок: медичний захист населення від наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального та воєнного характеру є важливим компонентом національної безпеки України, однак реалізація даної функції не достатньо ефективною внаслідок насамперед законодавче-нормативної неврегульованості діяльності служби медицини катастроф.

ПРИНЦИПИ ПІДГОТОВКИ МЕДИКІВ ДЛЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ЗА УМОВ БОЙОВИХ ДІЙ.

Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України». Київ. Україна

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ. Україна

Актуальність. Ситуація, що склалась в країні як до, так й після початку повномасштабної україно-російської війни значно змінила вимоги до навчального процесу і безпосередньо до викладання піднятої проблеми у закладах, які проводять підготовку медиків для роботи під час бойових дій.

За умов військового часу учбові заклади системи охорони здоров'я з медицини катастроф розглядаючи вплив механічного вражаючого чинника приділяють не аби яку увагу тактичній медицині, вибору кровозупинних засобів та надання невідкладної медичної допомоги у тому числі

само та взаємо допомоги на до госпітальному етапі, але окремі питання потребують подальшого ретельного вивчення.

Мета. Запроваджуючи міжнародний досвід з надання медичної допомоги та опираючись на досвід Збройних Сил України в анти терористичній операції на південному сході України визначити шляхи удосконалення підготовки медичних працівників наданню медичної допомоги на до госпітальному етапі під час бойових дій.

Матеріали та методи. Робота базується на даних динамічного вивчення наукової, практичної та навчально-методичної роботи кафедри та центру медицини катастроф та військово-медичної підготовки з 2014 по 2022 рік, аналізу даних анкетування та проведення пре-тест та пост-тест опитування.

Результати та обговорення. Науковими співробітниками кафедри та центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які приймають участь у навчальному процесі, проводиться відпрацювання практичних навичок на манекенах, розглядаються питання доцільності та правила накладання джгута та застосування сучасних засобів зупинки кровотечі. Проведений аналіз відповідей на поставлену групу запитань до проведення занять показав, що помилки допускали 53,2% слухачів. Після проведення навчань цей показник склав 23,4%.

Моніторинг помилок показав, що у переважній кількості випадків 84,6% мали місце помилки стосовно послідовності виконання невідкладних заходів. На другому місці стояла якість виконання невідкладних заходів (відсутність практичного досвіду роботи в поза лікарняних умовах). На третьому місці за частотою стояли помилки стосовно власної безпеки (нехтування власною безпекою при наданні невідкладної медичної допомоги).

Як показав проведений порівняльний аналіз результатів надання допомоги постраждалим на полі бою за умов впливу механічного чинника в АТО та під час бойових дій сьогодні кількість ускладнень, що мала місце під час АТО значно зменшилась так як з'явилися обізнаність про можливі ускладнення та необхідний практичний досвід.

Так, безконтрольне застосування порошку Celox з метою зупинки кровотечі, яке приводило до втрати значної кількості не ушкоджених, життєспроможних тканин, ішемії та локального некрозу не спостерігалось.

Висновки. Ситуація, яка склалась сьогодні в країні є стимулюванням мотивації до удосконалення професійної компетенції лікарів.

Втілення представлених форм навчання (комплексний підхід та використання на заняттях різноманітних сучасних технічних засобів і наближення ситуації до реальних умов) дає можливість достатньо широкої пізнавальної та продуктивної діяльності, а також є методом формування емоційної цілісності фахівця для роботи в умовах бойових дій.

ФОРМУВАННЯ HARD SKILLS ТА SOFT SKILLS У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЛЕБЕДИНСЬКОМУ ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. ПРОФ. М.І.СИТЕНКА

Бойченко А.О.

Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М.І. Ситенка, Лебедин. Україна

Актуальність проблеми. У стандарті фахової передвищої освіти одним із результатів навчання є перелік необхідних жорстких навичок – hard skills і м'яких навичок – soft skills, які здобувачі освіти мусять опанувати в процесі навчання. Hard skills – це конкретні вузькоспеціалізовані навички та вміння, які можна визначити й виміряти, необхідні для виконання конкретних завдань. На підставі Стандарту та, враховуючи сучасні протоколи лікування, рішеннями циклових комісій, у навчальні програми дисциплін були внесені сучасні практичні навички (hard skills), які здобувачі освіти опановують під час навчання в коледжі, а оцінюються вони впродовж усього терміну навчання.

Щоб з'ясувати як здобувачі освіти оцінюють власні можливості до опанування hard skills та soft skills та розуміють які навички важливі для медичного працівника, нами було проведено дослідження. У результаті опитування вияснили, що на перше місце вони ставлять необхідність

оволодіння такими soft skills як вміння комунікувати. Це 80% респондентів, а на другому місці – формування професійних умінь hard skills. Наприклад, вміння правильно виконувати маніпуляції (60,6%), що власне відображає загальну тенденцію. А далі визначають у пріоритеті: розвиток критичного мислення, емоційного інтелекту. Вміння працювати у команді та вміння бути лідером – відмічають майже 2/3 опитаних, бути відповідальним – трохи більше 75% .

Враховуючи результати опитування, можна дійти висновків, що сучасні здобувачі фахової передвищої медичної освіти мають впевнені в тому, що формування hard skills і розвиток soft skills потрібні для досягнення успіху в професії. Саме завдяки цим навичкам формується компетентність та кваліфікаційний рівень медичний працівник. Стейкхолдери та науковці з Гарварду та Стенфорду запевняють, що професійний успіх на 85 % залежить саме від soft skills.

Саме питанню розвитку твердих і м'яких навичок у коледжі надається особлива увага. Відпрацювання практичних навичок відбувається на базі симуляційного центру, в тренажерних класах та навчальних кімнатах. Для об'єктивної оцінки знань у коледжі розробляються покрокові алгоритми виконання практичних навичок та покрокові алгоритми надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі. Перевірка знань й умінь здобувача освіти здійснюється згідно чеклістів з надання невідкладної допомоги та оцінки виконання практичних навичок. Завершальним контролем знань й умінь здобувачів освіти став структурований клінічний іспит (СКИ), який оцінює готовність випускника до провадження професійної діяльності відповідно до вимог стандарту фахової передвищої освіти шляхом демонстрування практичних компонентів професійної компетентності на стандартизованому пацієнті.

М'які навички – це ситуативні вміння, знання, риси характеру, які можуть застосовувати випускники в своїй роботі. Вони допомагають не стільки бути висококласним фахівцем, скільки будувати кар'єру та сформувати власну репутацію. Ми розуміємо, що Soft Skills формуються протягом життя, під впливом виховання і життєвого досвіду. Тому на заняттях, а також засобами позанавчальної діяльності сприяємо формуванню саме таких м'яких навичок у наших випускників як комунікація, вміння працювати в команді, водночас бути самостійним у професійних діях, в критичних умовах, в умовах змін, брати відповідальність за прийняте рішення. Баланс hard і soft skills, і те, як випускники взаємодіють з оточенням, важливо не менше за їх професійні компетенції. Використання soft skills набагато складніше, ніж професійне володіння hard skills. Зазвичай, hard skills визначені більш чітко, ніж soft skills.

У Стандарті фахової передвищої освіти з Медсестринства одним з результатів навчання є вміння комунікувати та спілкуватися з пацієнтами та їх родичами. Проаналізувавши комунікативні навички наших здобувачів освіти на заняттях, на іспитах, на позакласних заходах, ми розуміємо, що наші здобувачі освіти мають проблеми під час комунікації з пацієнтом та його родичами, один з одним, під час публічного виступу чи захисту проєктів. Саме тому ми розвиваємо soft skills спілкування в нашому коледжі і працюємо над створенням покрокових алгоритмів по комунікації з кожної клінічної дисципліни та створення чеклістів для об'єктивної перевірки комунікативних компетентностей. Адже вважаємо, що покращення комунікативних навичок актуальне для здобувачів освіти у галузі охорони здоров'я.

PERSONAL EXPERIENCE OF "SIMULTANEOUS" CONDUCT WITH STUDENTS OF MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF FACE-TO-FACE AND ON-LINE EDUCATION DURING THE PERIOD OF MARTIAL STATE IN THE COUNTRY AT THE BORDER TERRITORIES WITH THE AGGRESSOR COUNTRY.

Pernakov M.S., Ryabenko T.V., Omelchenko D.S., Birin O.S.

Sumy State University, Sumy. Ukraine

In a country where active hostilities are taking place at the time of this observation, it was important to investigate under which forms of education it is more convenient and safer for students to receive academic services within the framework of higher medical education, and to preserve the contingent of a higher educational institution. There are many contradictions regarding the forms of education during the period of active hostilities on the territory of the country, but there are no

contradictions regarding the need to continue education in order to preserve the country's intellectual and professional potential in the "early post-war" and "post-war" period of the country's reconstruction. The preparation of qualified and professional special medical and psychological support of the population in the form of appropriate personnel is "maximum" necessary at this time. During the war, the country faces the migration of categories of students both within the country and abroad. In the country, there are categories of people both internally displaced and displaced outside the country, but who wish to receive educational services in the future. There is also a category of applicants who remain in the so-called "red" zones at risk to their lives.

The purpose of the study is to evaluate the results of providing academic services to categories of students online and offline under the conditions of simultaneous practical classes. To find the optimal form of training of medical personnel, in which the student can safely and "psychologically comfortably" learn and master the relevant knowledge and skills, without changing the previously agreed upon curriculum.

The study was conducted in an academic group, where students studied simultaneously in both forms of education. The number of students in the group was 12, of which 6 students are studying full-time (in the "red" or border zone, the location of a higher education institution, with the opportunity to attend the class offline), 6 are on an individual study schedule online (part of which was in other regions before the location of the higher education institution, or even in other countries). In order to provide psychological support, classes in both categories were conducted simultaneously, with the aim of preserving the cohesion and morale of the team. Communicating in a group, being able to hear and see in offline mode or video conference mode, supported the moral and psychological state of the examinees in such "superhuman" severe conditions of psychological pressure. The group in the off-line mode (on the territory of the higher education institution) within the security limits, during air alarms, was recommended to move to the shelter, together with the teacher. Online categories, for those who are on the territory of the country, if there is an air alert in those regions, it is recommended to go to shelters, or to observe the rule of "two walls", provided there is an Internet connection, it is possible to continue classes online. If the student is outside the country, the class continued in the "normal" online mode for them. We would like to note that modern video conference modes freely allow both student surveys and explanations with a demonstration through a web camera, the possibility of broadcasting a video lecture, with the possibility of discussion in the collective of the entire group, the use of an interactive board (white board) in the video conference mode. During an air alert, with the presence of the Internet, it is still possible to conduct surveys, testing with the help of distance courses and methodical and educational distance materials (Lecture ED, Mix, DL), as well as broadcast the lecture for both groups of examinees.

According to the results of the final module of the cycle, we draw the following conclusions: the level of knowledge (according to the qualitative indicator of grades 3, 4 and 5) is not negatively affected by the form of learning offline or online, as before it depends only on the personal motivation of the student to study, and the desire to provide qualified educational services from the teacher; the fact that students maintain contacts in the team, choose for themselves a safer method and place of study, for the management of a higher educational institution, the possibility of preserving the quota of recipients of education, thus jobs for teachers, has a positive effect.

We investigated the positive and negative aspects of both online and offline forms of education in a higher educational institution during martial law. As it turned out, negative data were not obtained, but positive data were obtained, such as the preservation of the level of knowledge (according to the results of the evaluation), the ability to ensure relative safety for applicants, support of the moral and psychological state, and encouragement to study, even in such realities of life.

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Мельник О.С.

Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М.І. Ситенка, Лебедин. Україна

Актуальність проблеми. Одним з головних напрямів фахової передвищої освіти є підготовка висококваліфікованих, конкурентоспроможних працівників. Досягнення цієї мети може бути забезпечено при застосуванні ефективних сучасних технологій. В умовах сьогодення підготовка медичних працівників стискається з безліччю проблем: неможливість проводити навчання на базі закладів охорони здоров'я у зв'язку з епідеміологічно-небезпечною ситуацією, перехід на дистанційне навчання під час воєнного стану. І саме тому зростає значущість набуття досвіду застосування симуляційних технологій в освітніх програмах під час практичної підготовки майбутніх медиків.

Мета: ознайомлення з етапами впровадження симуляційних технологій в освітній процес Лебединського фахового медичного коледжу імені професора М.І. Ситенка.

Матеріали та методи. Термінологія симуляційного навчання досить різноманітна, але всі існуючі визначення передбачають відпрацювання практичних навичок в умовах наближених до реальності: візуалізація наявних травм, муляжування «пацієнта», відтворення певних звуків або поведінки.

Активне впровадження симуляційного навчання в коледжі відбувається протягом трьох років. Перед початком роботи в даному напрямку викладачі неодноразово проходили навчання на базі симуляційних центрів Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського та Житомирського медичного університету, брали участь в онлайн конференціях та вебінарах. З метою навчання викладачів в коледжі були проведені цілий ряд засідань циклових комісій, на яких розглянули проблемні питання симуляційного навчання.

На базі нашого коледжу відкритий симуляційний центр. Навчальні кімнати, які оснащені сучасним обладнанням надають можливість не тільки засвоювати та відпрацьовувати практичні навички, а й допомагають набувати досвіду роботи в команді. При навчанні на манекенах відбувається підготовка здобувачів освіти до роботи з реальним пацієнтом. Відпрацювання практичних навичок може мати необмежену кількість повторів та відбуватися незалежно від розкладу занять.

Проведення симуляційних тренінгів відбувається за класичною методикою: брифінг, тестування, практичний навичок, тренінг (простий, складний сценарій), дебрифінг. Впровадження симуляційного навчання починаємо з другого курсу на заняттях з Основ медсестринства та Загального догляду та продовжуємо до випуску здобувачів освіти з коледжу. До тематичних планів дисциплін клінічного циклу внесені практичні заняття по відпрацюванню клінічних сценаріїв. Крім теми та мети клінічні сценарії включають в себе перелік навичок для оцінювання, необхідне обладнання, місце проведення та таймінг виконання. Відпрацювання практичних навичок проводимо за методикою чотирьох кроків, це дає краще розумінні та найвищу результативність.

Робота здобувачів освіти біля ліжка хворого в умовах сьогодення майже неможлива, тому на практичних заняттях впроваджуємо методику «Стандартизованого пацієнта». Під час вивчення базових практичних навичок роль стандартизованого пацієнта виконують студенти-одногрупники, при проведенні конкурсів, олімпіад, модульних занять цю роль виконують здобувачі освіти молодших курсів, це унеможливило їх допомогу. Для проведення симуляційного тренінгу розробляємо сценарії, окремо для викладача, окремо для стандартизованого пацієнта та окремо для здобувача освіти.

Висновки. Постійне підвищення вимог до якості надання медичної допомоги населенню потребують від медичних працівників досконало володіти не тільки теоретичними знаннями, а й мати певний практичний досвід вже після закінчення закладу освіти. Тому впровадження симуляційного методу навчання як одного з базисних є сучасним та ефективним напрямом у підготовки висококваліфікованих, конкурентоспроможних кадрів, становлення медичного працівника як професіонала й цілісної особистості.

СТРУКТУРОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ІСПИТ. ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ У ЛЕБЕДИНСЬКОМУ ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА Смолова Ж.В.

Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М.І. Ситенка, Лебедин. Україна

Ми розуміємо, що незважаючи на вимоги ст.21 Закону України «Про фахову передвищу освіту», Постанови Кабінету міністрів України від 19.05.2021р. №497 «Про атестацію здобувачів ступеня фахової передвищої освіти та ступенів вищої освіти на першому (бакалаврському) та другому (магістерському) рівнях у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту», проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту на рівні здобувачів освіти фахового молодшого бакалавра зараз знаходиться на початковому етапі. У закладах ФПВО уже кілька років проводиться саме його теоретична складова – тестування КрокМ. Практична частина ж передбачала білетну систему з 5 чи 4-х дисциплін на спеціалізаціях Лікувальна і Сестринська справа.

Ми у Лебединському фаховому медичному коледжі уже два роки проводимо державний іспит у формі структурованого клінічного іспиту. Як все було організовано? Що очікували? Які висновки ми можемо вже зробити? Які проблемні питання виникли та, головне, які шляхи їх вирішення?

Підготовка до впровадження СКІ в нашому коледжі включала: створення робочої групи, вивчення досвіду проведення СКІ в інших закладах освіти (бенчмаркінг), розробку нормативних документів (Положення про проведення Державної атестації у формі структурованого клінічного іспиту), визначення переліку станцій, створення паспортів до них та визначення таймінгу на кожну станцію, визначення базових практичних (мануальних) навичок та комплексних практичних навичок по наданню невідкладної допомоги, підготовку документації (покрокових алгоритмів надання невідкладної допомоги та мануальних практичних навичок, маршрутних листів, екзаменаційних відомостей, клінічних сценаріїв, практичних завдань, чеклістів тощо), підготовку стандартизованого пацієнта (студент-волонтер), проведення консультацій з екзаменаторами та Головою екзаменаційної комісії, оснащення станцій необхідними манекенами та муляжами, підготовку студентів до такої форми проведення Атестації (у т.ч. психологічна, проведення тренінгів, консультацій).

Варто зазначити, що, порівнюючи методику проведення СКІ у медичних університетах і у закладах нашого рівня, ми повинні були враховувати особливості підготовки фельдшерів та медсестер, а саме їх практичну складову. Треба було залучити до роботи ЕК велику кількість екзаменаторів та провести їм оплату, адже накази МОН, які унормовують оплату праці при проведенні Державної атестації, передбачають її не більше трьом екзаменаторам, включаючи голову комісії, погодити з головою екзаменаційної комісії саме таку форму проведення, а не класичну, білетну. Нам важливо оцінити не тільки уміння надання невідкладної допомоги, а й мануальні практичні навички (у цьому є різниця у порівнянні з вищою школою). А ще, зважаючи на реалії сьогодення, визначити такі станції, які були б оснащені манекенами та фантомами, які у нас є.

Таким чином, проаналізувавши все це, ми організували такі станції для спеціалізації «Лікувальна справа» у 2021 році та внесли зміни у 2022 році.

1. Невідкладні стани у внутрішній медицині.
2. Травма.
3. Невідкладні стани в педіатрії.
4. Невідкладні стани в акушерстві.
5. Серцево-легенева реанімація (ALS)
6. Гостре порушення мозкового кровообігу
7. Електрокардіографія з розшифруванням.
8. Зупинка кровотечі + десмургія.
9. Визначення симптомів «Гострого живота».
10. Ін'єкційна техніка.

Порядок проведення СКІ був чітко визначений. На кожній станції: створювались ситуації, максимально наближені до реальних, із залученням стандартизованих пацієнтів, манекенів або муляжів. Оцінка компетентностей та навичок студентів проводилась на підставі принципів об'єктивності, з використанням чекліста та оціночної шкали. Кожна станція мала свій коефіцієнт складності, що враховували при виставленні загальної оцінки. Результати оцінювання екзаменатори вносили в електронну екзаменаційну відомість, в якій автоматично проводився обрахунок загальної оцінки кожного студента. Всі студенти виконували завдання однакової складності. Вони проходили станції за певним маршрутом, де виконували завдання в однакових умовах протягом однакового проміжку часу (таймінг).

Отже, для себе ми зробили висновок, що СКІ має переваги:

1. Багатовимірність: оцінюються всі складові компетентності випускника: знання і вміння їх застосовувати, емоційне ставлення до себе і до пацієнтів, сформованість навичок безпечної поведінки і, головне, фактична поведінка в ситуаціях, максимально наближення до реальних.

2. Об'єктивність: у СКІ застосовуються стандартизовані методи оцінки, що дозволяють зменшити суб'єктивний фактор в оцінці клінічних навичок.

3. Надійність: СКІ забезпечує високу надійність оцінки, адже результат не залежить від одного екзаменатора та стандартизованого пацієнта.

4. Підвищення якості навчання: СКІ може підвищити якість навчання, оскільки, аналізуючи результати проходження станцій, викладачі можуть визначити слабкі та сильні сторони студентів та ввести зміни у свої дисципліни відповідно.

5. Швидкість: СКІ можна провести протягом короткого періоду часу і одночасно дозволяє оцінити більшу кількість студентів.

ІНСТРУКТАЖ (НАВЧАННЯ) ОСОБОВОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Юрченко А.В., Гоцуляк А.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Основною запорукою порятунку життя пораненого військовослужбовця в бою є надання домедичної допомоги. Близько 90% смертей на полі бою відбуваються до того, як пораненого бійця доставлено до медичного закладу. Багато з поранень не сумісні з життям (обширні травми тіла, чи голови), але такі як критична кровотеча, прохідність дихальних шляхів можна подолати на місці. Усуненням цих поранень може зайнятися боєц-рятувальник, який пройшов інструктаж з тактичної медицини та вміє надати пораненому домедичну допомогу, якщо бойовий медик не має можливості виконати це самостійно (багато поранених, поранений далеко від бойового медика, сам отримав поранення та інше).

Мета – висвітлення динаміки навчання військовослужбовців під час інструктажу з тактичної медицини особового складу військової частини.

Матеріали та методи. Розглядаючи бійця-рятувальника як бійця, а не медика, зауважимо, що він здійснює заходи із збереження життя пораненого солдата, як вторинну місію після своєї основної місії – бійця.

У військовій частині, до якої мене було направлено бойовим медиком, не проводились інструктажі з тактичної медицини, не було матеріалів для їх проведення, не кожен боєць мав індивідуальну аптечку, військовослужбовці не знали, як надавати домедичну допомогу у разі поранення його чи побратима.

Орієнтуючись на власний досвід я провожу інструктажі особового складу за певним алгоритмом дій, а саме:

1. Теоретичне та практичне використання скороченого протоколу тактичної медицини **CABCDE**. **C** – критична масована кровотеча: види ран, накладання швидкого турнікету, імпровізовані джгути. **A** – прохідність дихальних шляхів, стабільне бокове положення, очищення дихальних шляхів, прийом Геймліха, НФП, метод чую-бачу-відчуваю. **B** – дихання: частота дихання, пневмоторакс. **C** – пульс, кровообіг: заміна джгута з швидкого на осмислений та

пов'язку). D – оцінка свідомості: алгоритм AVPU. E – огляд: запобігання розвитку гіпотермії, детальний огляд, обробка незначних поранень.

2. Етапи надання допомоги пораненому в польових умовах (допомога в «червоній зоні» – під обстрілом, допомога в «жовтій зоні» – в укритті, допомога в «зеленій зоні» – під час евакуації)

3. Огляд та користування вмістом індивідуальної аптечки.

Наведемо приклад роботи солдата-рятувальника під час виконання бойової місії.

При виконанні завдання один з військовослужбовців отримав критичне поранення правої руки. Перебуваючи на посаді бойового медика і маючи досвід із проведення інструктажів по тактичній медицині для особового складу, під моїм контролем була надана домедична допомога пораненому солдату другим бійцем нашої групи, який перебував поряд з пораненим. Допомогу надано своєчасно, якісно, згідно інструкцій.

Результати. З початком проведення скороченого інструктажу з тактичної медицини, кількість бійців, що мають знання та вміння надавати домедичну допомогу з показників 1–2% вже на другий місяць стала 15%, на третій – 22%, на четвертий місяць досягла 30%. Інструктаж проводився у виділений на то час, щодня по 40 хвилин для груп, що склали 10% особового складу.

Таким чином, при пораненні одного бійця в групі з 10, мінімум двоє мають знання та навички вчасно та якісно надати йому домедичну допомогу і тим врятувати життя.

Висновки. Отже, проведення регулярних інструктажів особового складу військових частин, дозволяє вчасно і якісно надавати домедичну допомогу на полі бою та в укритті, вчасно здійснювати евакуацію та тим самим рятувати життя та його якість пораненим.

ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЗА НАПРЯМКОМ «ОХОРОНА ПРАЦІ» ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КОЛЕДЖАХ

Ленець О.Є.

Прилуцький фаховий медичний коледж, Прилуки. Україна

Діджиталізація є невід'ємною складовою розвитку сучасного світу.

Особливо гостро питання дистанційного навчання та роботи постало перед світовою економікою під час пандемії та повномасштабної агресії з боку російської федерації проти України. Надання якісної освіти в начальних закладах з підготовки медичного персоналу є надзвичайно важливим для системи охорони здоров'я особливо в ці складні періоди. Тож основною метою даної статті є систематизація досвіду використання новітніх інформаційних технологій, ресурсів, методів та прийомів в навчальному процесі дистанційно.

Інструменти для відео трансляції заняття: Zoom, Google Meet, Skype та інші. Дистанційні інструменти для комунікації зі студентами під час навчання: електронна пошта, Viber, Telegram, WhatsApp, Facebook messenger та інші.

Інструменти для систематизації викладеного матеріалу та вільного доступу до них студентам:

- створення Google Classroom. Саме в цьому сервісі об'єднуємо різні рівні співпраці зі студентами: викладання навчального матеріалу, дублювання ключової літератури в хмарному сховищі, фіксація домашнього завдання з можливістю контролю успішності студентів. Для підвищення зацікавленості студентів рекомендовано залишати відео посилання, що інформаційно доповнюють тему заняття. Крім того, Google Classroom має декілька колаборацій з такими інтерактивними ресурсами: Classcraft, Quizizz, Tynker. Дані програми дозволяють створювати незвичайні тестові завдання для продуктивного контролю знань;

- створення закритих груп в соціальних мережах та месенджерах (Facebook, Viber, Telegram). Саме в групах соціальної мережі дублюється інформація викладеного матеріалу, домашнє завдання, матеріали для поглибленої самостійної роботи студента. Тож будь-який викладач може діджиталізувати освітній процес легко без фінансових збитків;

Інструменти візуалізації навчального матеріалу:

- Microsoft PowerPoint, програмне забезпечення для візуальної презентації навчального матеріалу. З функціоналом застосунку викладач презентує таблиці, відеоматеріали експериментів, інструктажу і т.д. Саме презентація є основним джерелом самостійного опрацювання студентами пропущених занять;

- навчальні відео, створені самостійно викладачем чи спеціалізованими тематичними ресурсами. Відео матеріали допомагають у вивченні візуальної частини заняття. До прикладу, експериментальні процеси, інструктажі з протипожежної безпеки;

- 3D-модельовання доповненої реальності та анімація.

Інструменти для проведення тестування та контрольної перевірки знань викладеного матеріалу: Classcraft, Quizizz, Tynker, Kahoot, Wheelofnames, Wordwall, Google Форми, тести освітніх ресурсів.

З власного досвіду проведення дистанційних занять можна зробити висновки:

- викладання матеріалу розділяємо на дві частини offline і online;

- Offline – це самостійне опрацювання матеріалів перед заняттям (ознайомлення з тематичними статтями, відео, проходження тестів попереднього контролю знань);

- Online – безпосереднє викладання матеріалу з залученням студентів до обговорення (дискусія, ділова гра, робота в групах), розв'язування ситуаційних задач, проведення експериментів, і онлайн тестування за допомогою міжнародних ігрових освітніх платформ (Kahoot, Wheelofnames, Wordwall).

При дистанційній роботі важко втримати увагу майбутніх медиків, але завдяки диджиталізації та створеним інформаційним ресурсам кожен викладач може підвищувати рівень якості освіти в області охорони праці та охорони праці в галузі.

ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ

Лобатюк М.Є., Клименко Н.В.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність: Системний кліщовий Лайм-бореліоз є природно вогнищевою хворобою, а отже, може існувати висока вірогідність зараження в зонах активних бойових дій і на звільнених територіях, де військові перебувають в польових умовах.

За даними Центру громадського здоров'я у 2021 році зареєстрували 2442 випадки (інтенсивний показник 5,85), в 2022 році – 3875 (інтенсивний показник 9,36) захворювання на Лайм-бореліоз.

Мета: привернути увагу до проблеми діагностики Лайм-бореліозу, та виявити найбільш результативні методи профілактики цього захворювання.

Матеріали та методи: наше дослідження є теоретичним та ретроспективним. Під час роботи ми використовували статистичні дані Центру громадського здоров'я, наукову літературу, дані Сумського обласного центру контролю та профілактики Міністерства охорони здоров'я України.

Результати: за клінічним перебігом виділяють три стадії хвороби Лайма, відповідно до них необхідно розглядати і алгоритм діагностики.

Рання локалізована стадія Лайм-бореліозу виникає через 1-45 днів після укусу інфікованого кліща. Мігруюча кільцеподібна еритема є патогномонічною ознакою Лайм-бореліозу. Наявність мігруючої еритеми при встановленому контакті з кліщем в ендемічній ділянці є достатнім аргументом для клінічного встановлення діагнозу та початку специфічної антибіотикотерапії без подальших досліджень.

Друга стадія дисемінації характеризується ураженням серцево-судинної, нервової та кісткової систем (міокардити, міокардіопатії, серозні менінгіти, радикулоневропатії, менінгорадикуліти, неврити, артрити) які при не своєчасній діагностиці призводять до інвалідності та хронізації процесу. Важливо після лікування першої стадії спостерігати за пацієнтом 1 рік, проводити ЕКГ, дослідження крові методом ІФА до борелій на Ig M та G, щоб своєчасно виявити пролонгацію хвороби і призначити необхідну терапію. Крім того, у випадках, коли є патологія з

боку нервової, серцевої системи, навіть при відсутності даних про укуси кліщів, доцільно призначати обстеження на бореліоз методом ІФА, консультацію інфекціоніста, який вирішує необхідність продовження специфічної лабораторної діагностики.

Хронічна стадія Лайм-бореліозу розвивається через місяці або роки після інфікування та переважно характеризується ураженням однієї системи (Лайм-артрит, хронічний атрофічний акродерматит або нейробореліоз). В цій стадії крім ІФА застосовують імуноблот та ПЛР. Бо саме позитивний результат ПЛР при хронічному перебігу є підставою для призначення тривалої етіотропної терапії.

Профілактика бореліозу передбачає користування репелентами, носіння одягу, що максимально покриває поверхню тіла, часті огляди тіла й одягу для своєчасного видалення кліщів.

Для екстреної профілактики хвороби Лайма застосовують прийом доксицикліну 200 мг перорально однократно. За умови, що зараження відбулося у вогнищі, де інфікованість кліщів бореліями становить 20%, тривалість профілактики продовжується до 10 діб. Доцільно розпочати хіміопротекцію не пізніше 72 годин від укусу кліща. Якщо є алергія на антибіотики тетрациклінового ряду, або вагітність – призначають захищені ампіциліни.

Висновки: Оскільки бореліоз розповсюджений по всій території України, то необхідно у весняно-літньо-осінній період проводити санітарно-освітню роботу серед населення про необхідність звертання до медзакладів після укусів кліщів, щоб вчасно призначити хіміопротекцію. А сімейним лікарям, військовим медикам звертати увагу клінічні прояви бореліозу з метою своєчасної діагностики захворювання на ранньому етапі.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Коробкова Т.М., Деменко М.М.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. На сьогоднішній день жителі України через війну стикаються із серйозними психологічними труднощами, які важко самим виправити. Одним із основних наслідків війни можна виділити сильний психотравмуючий вплив, який охоплює всіх учасників дій. Тому актуальним є надання екстреної психологічної допомоги не після трагедії, а одразу під час ліквідації її наслідків на місці події. Оскільки, чим швидше постраждалий відчує себе психологічно в безпеці та побачить підтримку, тим меншою буде ймовірність розвитку в нього посттравматичних стресових розладів. Наразі багато уваги приділено першій домедичній допомозі, проте екстрена психологічна допомога є не менш важливою. Питаннями екстреної психологічної допомоги займалися такі дослідники, як Б. Гаш, Ф. Ласогга, К. Малімонова, А. Решетнікова.

Мета: узагальнити особливості надання екстреної психологічної допомоги в умовах війни.

Матеріал і методи досліджень. Теоретичний аналіз літературних джерел.

Результати. За наказом «Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій» (31.08.2017 року № 747), екстреною психологічною допомогою вважається система короткострокових заходів, націлених на регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану та негативних переживань людини або групи людей, постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації, за допомогою професійних методів, які відповідають вимогам ситуації. Психологічна допомога в екстремальних ситуаціях має свою специфіку. Тому спеціалісту необхідно володіти вміннями своєчасно визначити симптоми психологічних проблем у постраждалих та їх усувати.

Узагальнивши дані було виділено ряд загальних правил по наданню екстреної психологічної допомоги. А саме: проаналізувати хто з постраждалих найбільше потребує допомоги; спеціалісту варто представитись і пояснити, які функції він буде виконувати. Дізнатись ім'я постраждалого та сказати про те, що медична допомога скоро прибуде. Також необхідно обережно встановити контакт з потерпілим. Варто зайняти положення на тому ж рівні, що й постраждалий, не варто повертатися спиною до особи, яка перебуває у шоковому стані. Для

заспокоєння людини, можна розказати про вашу кваліфікацію та досвід роботи. Необхідно дати постраждалому повірити в його власну компетентність, давши йому доручення з яким постраждалий зможе впоратися. Це потрібно для того, щоб у людини виникало почуття самоконтролю. Важливою складовою допомоги є дати можливість особі виговоритися. Для цього треба активно його слухати, бути уважним до почуттів та думок. Намагатися захистити потерпілого від зайвої уваги і розпитувань сторонніх людей. Цього можна уникнути, даючи іншим людям конкретні завдання, які відволічуть їх від розпитувань постраждалого.

Найважливішою складовою для постраждалих є психологічне відновлення, це система заходів, направлених на збереження, відновлення та корекцію психічних станів, створення сприятливих умов, необхідних для забезпечення оптимального рівня готовності життєдіяльності.

Висновки. Отже, перед тим як надавати допомогу важливо бути підготовленим до можливих складнощів та стресових ситуацій в роботі з потерпілими. Надана вчасно екстрена психологічна допомога на місці події, зменшить вірогідність виникнення та розвиток ознак посттравматичного стресового розладу та гострих стресових реакцій серед постраждалого населення у подальшому.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС.

Захарченко Ю.В.

Полтавський базовий медичний фаховий коледж, Полтава. Україна

Розвиток суспільства на даному етапі потребує змін в методиці навчального процесу, адже випускники закладів освіти мають бути адаптованими до вимог та проблем сучасного світу, який стрімко змінюється.

За цих умов, впровадження нових технологій в освіті є найважливішим критерієм її сучасності, мобільності та дисциплінованості. При цьому під інноваційними слід розуміти такі новітні технології, які впливають на ефективність та якість діяльності навчального процесу цілому. Таким чином, інноваційні технології впроваджуються з метою створення нових та вдосконалення існуючих методик навчання, для підвищення його ефективності.

Так, відомо, що більшість методів, які використовувалися в попередні роки, на сучасному етапі розвитку педагогічної науки працюють з низькою ефективністю; адже стандартизоване навчання, яке не враховувало індивідуальні якості та творчий потенціал кожного учня, необхідності його особистого зростання та професійної адаптації в умовах сучасного світу.

Зараз неможливо уявити собі навчальний процес, обмежений стандартним викладанням матеріалу, без впровадження нових методів процесу освіти:

- практичної та дослідницької діяльності;
- особисто орієнтованого учня;
- інформаційно-комунікаційних технологій.

Останні, найбільш розповсюдженні, включають комп'ютерну комунікацію та оцінку в цілому.

Наявність комп'ютеру, інтернету, надають можливість впровадженню дистанційної освіти, навіть проведення конференцій, диспутів та бесід.

Для учнів та педагогів актуальним виявилось створення особистого сайту, впровадження електронних журналів та щоденників.

Необхідно розуміти, що головною діючою особою в цьому процесі є учень(та студент), з його унікальними здібностями, творчими та професійними якостями. Саме тому, педагог організовує навчальний процес, спираючись на особливості групи в цілому та кожної особистості зокрема, використовуючи весь арсенал необхідних знань психологічних, емоційних, пізнавальних якостей учнівського колективу. У багатьох навчальних закладах добре зарекомендувала себе диференціація учнів, тобто комплектація класів та груп на основі проведеного тестування, розподіл учнів або студентів за особистою зацікавленістю певною групою навчальних предметів.

Таким чином, створюються умови для розвитку творчого розумового розвитку кожного учня; завдання педагога полягає в зацікавленості кожного учня до учбової діяльності, реалізації

особистих здібностей та розкриття творчого потенціалу, розвитку комунікативних навичок в учнівському колективі.

У сучасних умовах учні та студенти легко адаптуються до нового та цікавого викладання матеріалу, активно приймають в цьому участь. Саме тому, відповідальна роль в процесі впровадження інноваційних технологій належить педагогам, їх комунікативності, мобільності, цілеспрямованості, бажанню створення сприятливих умов для виховання професійних гармонійних особистостей.

ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ

Шевчук А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця. Україна

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, однією із провідних причин смерті в світі є дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), від яких щороку гине приблизно 1, 3 млн людей. Тільки в Україні протягом 2022 року внаслідок ДТП загинуло 2791 людина та 23145 осіб отримали травми.

Надання домедичної допомоги (ДМД) в перші хвилини на місці події водіями та свідками може покращити рівень виживаності серед постраждалих.

Мета: Дослідити рівень знань і практичних навичок та готовність студентів медиків щодо надання медичної допомоги на догоспітальному етапі.

Матеріали та методи: Іноземні та вітчизняні інтернет-джерела, робота із власним опитуванням в системі Google Forms.

Результати: Під час війни, зросла кількість смертельних ДТП з пішоходами, які обумовлені додатковими факторами небезпеки: непрацюючі світлофори, відсутність в темний час доби вуличного освітлення тощо. Більшість постраждалих гине від травм та пошкоджень на місці події і під час транспортування в автомобілі екстреної медичної допомоги. Причинами загибелі є важкість травм, не сумісних з життям та несвоєчасна і неякісна ДМД.

У дослідженні прийняли участь 92 студенти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (ВНМУ), з яких: 68,4 % (63) – представники жіночої та 32,6% (30) – чоловічої статі; 48,9 % (45) – студенти 5 та 51,1% (47) – 2 курсів. Опитувальник складався із трьох блоків із запитаннями: 1) інформація про досліджуваного, наявність посвідчення водія і стаж водіння, обізнаність та пройдене навчання з ДМД; 2) самооцінка знань, навичок та готовності щодо надання ДМД; 3) перевірка знань щодо алгоритму дій при ДТП. Посвідчення водія мали 50,0 % (46) респондентів, з них: 47,8 % (22) – стаж водіння до 1 року; 23, 9 % (11) – від 1 до 3 років; 28,2% (13) – більше 3 років. Усі досліджувані вивчали у ВНМУ наступні дисципліни: «Медицина надзвичайних ситуацій» (2 курс) та «Екстрена та невідкладна медична допомога» (5 курс), в яких передбачено розгляд питань щодо надання медичної допомоги при ДТП. Окрім того, частина респондентів навчалися основам надання ДМД в інших установах, а саме: в школі – 40 %; автошколі – 31,1%; на курсах ДМД – 13, 3%, коледжі – 4, 4%. Серед усіх опитаних 50 % були свідками ДТП, 12 % були безпосередніми учасниками, а 5,4 % студентів самостійно надавали ДМД після аварії. При перевірці теоретичних знань переважна більшість респондентів (75,7 %) правильно відповіли на запитання щодо послідовності дій при ДТП, визначення стану постраждалого за алгоритмом DRCABC, зупинки критичної кровотечі, іммобілізації кінцівок, проведення серцево-легеневої реанімації тощо. Оцінюючи свою готовність щодо надання ДМД при ДТП досліджувані відповіли таким чином: 1) 15,3 % (14) – впевнені у своїх знаннях та навичках й швидко зорієнтуються в реальній ситуації, з яких 85, 7 % (12) – студенти 5 курсу, чоловічої статі, мають посвідчення водія та стаж водіння більше 3 років); 2) 47,8% (44) – впевнені у своїх знаннях та навичках, але вважають, що в реальній ситуації можуть розгубитись, з яких 56,8 % (25) студенти 5 курсу, 20,4 % (9) мають стаж водіння автомобіля більше 1 року; 3) 36,9 % (34) – не зовсім впевнені у своїх знаннях та навичках, але докладуть усіх зусиль щоб ефективно надати медичну допомогу, з них 76,4 % (26) студенти 2 курсу.

Висновки. Таким чином, у більшості студентів-медиків визначено високий рівень теоретичних знань та мотивації щодо надання медичної допомоги при ДТП. Більш підготовленими і впевненими в своїх знаннях і навичках виявилися старшокурсники, представники чоловічої статі та студенти, які мають посвідчення водія і більший стаж водіння автомобіля. Проте, у значній частині досліджуваних спостерігається низький рівень впевненості (готовності), який може свідчити про недостатній рівень практичних навичок та потребує їх формування і постійного вдосконалення під час навчання.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ У НАВЧАННІ ПАРАМЕДИКІВ

Заходзякіна М.В., Чиняк О.С.

Сумський державний університет, Суми. Україна

Актуальність проблеми. Віртуальний світ вже давно перебуває в центрі уваги не лише виробничої, а й у сегменті охорони здоров'я. Віртуальна реальність та її технологія мають безліч переваг, основними з яких є використання емпіричного навчання. На підставі низки досліджень можна припустити, що мозок людини краще запам'ятовує візуальну форму навчання і вона має більшу додану цінність для людського мозку, ніж класична форма листа на дошці та розмови про надання першої допомоги.

Мета полягала у тому, щоб узагальнити існуючу літературу з обраної теми, надавши докладний аналіз поточних недоліків і переваг.

Матеріал та методи досліджень. Було проведено всебічний пошук у базах даних PubMed та Embase.

Результати. Типовим прикладом нашого інтересу стала комп'ютерна гра Zero Hour: America's Medic, в якій користувач виступає в ролі фельдшера, завданням якого є порятунок людей та надання їм першої допомоги після автомобільної аварії, вибуху бомби тощо. Майбутні парамедики можуть використовувати віртуальне середовище, для перевірки, вивчення як правильності проведення початкових дій для порятунку життя людини. Однією з основних переваг програми є те, що вона може відслідковувати та записувати частоту помилок учасника, яка потім може визначити стандартну частоту помилок, на якій можна зосередити увагу та усунути. Другою дуже важливою перевагою є використання програми для новоз'єднаних відділень COVID-19.

Висновки. Таким чином, навчання у віртуальній реальності представляється важливим доповненням до традиційного навчання парамедиків, яке може знизити витрати та зробити навчання парамедиків більш ефективним у рамках їхньої перепідготовки для їх робочих ролей.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ» ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ НА БАЗІ СИМУЛЯЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

Сван О.Б., Лотоцький В.В., Гарасимів І.М., Шацький В.В.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль. Україна

Актуальність проблеми: Система медичної освіти в Україні поступово переходить від традиційної теоретичної спрямованості до інноваційного навчання з використанням симуляційних технологій. Їх популярність у сфері медичної освіти продовжує зростати, демонструючи важливість такого виду проблемно-орієнтованого навчання для швидкого засвоєння, оновлення і підтримання рівня володіння певними навичками.

Мета: проаналізувати особливості викладання домедичної допомоги в екстремальних ситуаціях іноземним студентам в Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (далі – ТНМУ).

Методи досліджень: аналітичний метод та метод узагальнення.

Результати: Симуляційне навчання в невідкладній медицині, як модуль сучасного освітнього процесу, все ширше починає впроваджуватися в нашій країні у практику навчання студентів-медиків з метою підвищення рівня знань та практичного досвіду в рамках медичної освіти. Саме тому вивчення дисципліни «Домедична допомога в екстремальних ситуаціях» здобувачами вищої освіти факультету іноземних студентів ТНМУ відбувається на базі міжкафедрального навчально-тренінгового центру. Практичні заняття відбуваються у спеціалізованих навчальних кімнатах і вимагають ґрунтовного логістичного забезпечення. Вони проходять у формі виконання типових сценаріїв симульованих невідкладних станів. Кожну навичку викладач спершу показує самостійно, а далі пропонує виконати кожним студентом. Оцінювання відбувається на основі ефективності та якості реалізації студентом сценаріїв з невідкладного стану.

Для ефективного проведення практичного заняття з домедичної допомоги у ТНМУ створенні наступні умови: є спеціалізовані приміщення на кожен навчальну групу, яка складається з 12-14 осіб, площею 25 м² із центральним подіумом 2,5×2,5 м, який застеляється килимовим покриттям для відпрацювання практичних навичок. У кожній навчальній кімнаті є повний комплект мультимедійного супроводу (комп'ютер + телевізор або комп'ютер + мультимедійний проектор + звукові колонки). Для матеріально-технічного забезпечення навчального процесу використовуються манекени, муляжі, витратні матеріали тощо. До кожного заняття розроблені сценарії невідкладних станів, які охоплюють весь спектр практичних навичок, передбачених навчальною програмою.

Варто відмітити одну особливість таких занять зі студентами – іноземцями: в силу етнічних та релігійних переконань не всі здобувачі вищої освіти можуть виконувати роль симулянта, що вимагає застосування на практичних заняттях спеціалізованих манекенів. Насамперед це стосується первинного і вторинного обстеження та надання домедичної допомоги при кровотечах і травмах.

Висновок: Навчання на базі центру симуляційного навчання дозволяє підвищити засвоєність навчального матеріалу, якість та ефективність навчального процесу, сприяє формуванню позитивної мотивації студентів до навчання.

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДСЕСТРИНСТВО У ВНУТРІШНІЙ МЕДИЦИНІ»

Іванцова Л.А.

Лебединський фаховий медичний коледж ім. проф. М.І. Ситенка, Лебедин. Україна

Актуальність проблеми. Упровадження симуляційного методу навчання як одного з базових, широкий спектр тренажерів із високим рівнем реалістичності для відпрацювання практичних навичок, моделювання різноманітних клінічних ситуацій становить собою новий напрям сучасної підготовки високоякісних медичних кадрів.

Метою симуляційного навчання є наближення імітаційної діяльності до реальної клінічної ситуації.

Під час навчання у медичному коледжі здобувачі освіти майже завжди відчувають дефіцит практичної складової підготовки, що спричинено низкою перешкод. Це відсутність тематичних пацієнтів, обмеження у взаєминах з пацієнтами. Впровадження симуляційного методу навчання під час викладання дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині» як одного із базисних, моделювання різноманітних клінічних ситуацій становить собою новий напрям сучасної підготовки висококваліфікованих здобувачі освіти.

Важливим компонентом симуляційного навчання є формування та оволодіння фаховими компетентностями майбутніх медичних фахівців: медичні теорія та знання, догляд за пацієнтами та практичні навички, міжособистісні та комунікативні навички, практичне навчання та професіоналізм.

При викладанні дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині» використовують наступні етапи симуляційних технологій: брифінг, тестування, простий або комбінований тренінг,

дебрифінг. Під час брифінгу ставлять завдання, ознайомлюють здобувачів освіти з наявним обладнанням. Тестування використовують для перевірки вхідного рівня знань. Тести підбирають по кожній темі практичного заняття з загальної бази КРОК-М.

Виконуючи поставлене завдання в змодельованій клінічній ситуації у формі рольової гри здобувач освіти демонструє застосування практичних навичок та комунікативних компетентностей. Студенти моделюють самостійну роботу під час спілкування з стандартизованим пацієнтом з визначеною викладачем нозологією, вирішують пріоритетні, дійсні та потенційні проблеми пацієнта, виконують лікарські призначення. В залежності від теми практичного заняття моделюється надання невідкладної допомоги, акцентуючи увагу на особливостях застосування призначених препаратів. Тренінг знімається на телефон студента. Під час дебрифінгу проводиться детальний розбір виконаної роботи, а також здійснюється оцінка її ефективності та підводяться підсумки. Для об'єктивної оцінки виконаної роботи створені покрокові алгоритми надання невідкладної допомоги, які включають в себе всі етапи вирішення ситуації. Здобувачі освіти мають до них доступ як в електронному, так і в друкованому вигляді.

Висновки. Таким чином, застосування методик симуляційного навчання в навчальному процесі є актуальним і активно впроваджується під час викладання дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині». Використання стимуляційних технологій в поєднанні з клінічним навчанням є запорукою підготовки висококваліфікованого фахівця медичного профілю.

USING THE CLINICAL REASONING TRAINING PROGRAM "CASUS" TO IMPROVE THE SKILLS OF CLINICAL THINKING OF STUDENTS

Popov S.V.

Sumy State University, Sumy. Ukraine

The formation of clinical thinking is an extremely important skill in teaching a medical student. The amount of knowledge gained in the course of studying theoretical disciplines and disciplines of a clinical profile should help form the skills for solving problems of diagnosing diseases and treating them in patients. In domestic medicine, the analysis of clinical situations has traditionally been used on the example of real patients, including elements of communication between students and patients, as well as elements of a physical examination. This provided indisputable assistance in the formation of clinical thinking skills. However, the situation is changing, a number of external factors, including the coronavirus epidemic and hostilities, have led to a significant increase in the number of classes conducted online. An extremely important factor is the focus on the rights of the patient, which, to a certain extent, limits the ability of students to work with real patients. Under these conditions, the development of clinical thinking skills is translated on other means and methods of learning.

One of these methods is the use of specialized programs and databases to create virtual patients of varying degrees of complexity and similarity. During the implementation of the mobility program by teachers of medical universities of Ukraine in the leading universities of Germany, in the cities of Munich and Berlin, German colleagues suggested using the Casus program to improve the skills of clinical thinking of students. The program and the database were created as part of the European Union's Horizon 2020, Marie Skłodowska-Curie grant projects. Teachers from Ukraine were invited to take part in the adaptation of programs for Ukrainian students. After the training to work in the program, the features of creating a virtual patient, such work was carried out. In total, about 80 clinical cases were adapted into the virtual patient mode.

At the lessons with sixth-year students of Sumy State University, classes were held using the Casus program. Classes were held in small groups, 4-5 students per group. The program provides the possibility of step-by-step obtaining information about the patient, taking into account the data of complaints, anamnesis of the disease, life, physical data and laboratory results. The scope and type of data presented depended on the specific case and could include textual information, photographs, audio and/or video data. At different stages of the case, the program proposes to enter the necessary, in the opinion of students, key provisions of clinical and laboratory data, expected diagnoses, components of therapy and summation

of the data obtained. At some stages of diagnosis and treatment, there are expert opinions, as well as references to literature data and / or protocols for diagnosis and treatment.

In general, according to students and teachers, the Casus program provides a good opportunity to improve clinical thinking skills and is a modern and good way to improve the education of medical students.

РОЗРОБКА Й ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДЛЯ МОБІЛЬНИХ ПРИСТРОЇВ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС ТА ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ СЛУЖБИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Бадіон Ю.О., Шкатула Ю.В., Сунаїд Ахмед
Сумський державний університет, Суми. Україна.

Актуальність проблеми. Об'єктивізація стану постраждалих, що знаходяться у критичному стані, є важливим завданням співробітників екстреної медичної допомоги. Велике різноманіття пошкоджень та критичних станів, постійний дефіцит часу для прийняття рішень призводять до складнощів у визначенні черговості лікувальних заходів на догоспітальному етапі та напрямку подальшої евакуації постраждалого.

З метою уніфікації процесу діагностики та прогнозування було створено низку стандартизованих систем оцінювання, що ґрунтуються на визначенні тяжкості стану постраждалого, тяжкості травматичних ушкоджень, або їх комбінації. Однак, у практичній діяльності використовують лише декілька найбільш простих та доступних з них: шоківий індекс Альговера, шкалу AVPU, шкалу ком Глазго, зрідка – Trauma Score. В той же час, більш надійні та прогностично достовірні системи оцінювання (Injury Severity Scale, APACHE II-III) проблематично застосовувати на місці пригоди, в першу чергу через брак часу та специфічні догоспітальні умови.

Мобільні пристрої – смартфони та планшети на базі операційної системи Android або IOS, портативні комп'ютери, давно увійшли в повсякденне життя. Зауважимо, що кожна бригада ЕМД оснащена мобільним телефоном зі спеціальним програмним забезпеченням з метою реєстрації викликів та комунікації з диспетчером.

Викладачами кафедри ЕМД та МК ННМІ СумДУ сумісно з співробітниками кафедри комп'ютерних наук СумДУ розроблено та впроваджено у освітній процес серію програм для мобільних пристроїв з операційною системою Android. Це програми «Шкала оцінки стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі» (патент на корисну модель № 105417 від 25.03.2016 р.), «Термічна травма» (авторське право на твір № 89338 від 05.06.2019 р.) та «Шоківий індекс» (рішення про реєстрацію договору, який стосується права автора на твір № 6142 від 10.06.2021 р.).

Програма «Шкала оцінки стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі» заснована на модифікованому способі оцінювання стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі (патент на корисну модель № 105417 від 25.03.2016 р.).

Мобільний застосунок дозволяє швидко та з максимальною прогностичною можливістю визначити вірогідність розвитку травматичної хвороби у постраждалих на догоспітальному етапі і визначитися з черговістю, послідовністю та об'ємом невідкладної медичної допомоги.

Програма для мобільних пристроїв «Термічна травма» призначена для швидкого обрахунку площі ураженої поверхні та визначення тактики екстреної медичної допомоги постраждалим з опіками з використанням таблиць С. С. Lund та N. С. Browder, (1944 р.).

Мобільний застосунок «Шоківий індекс» дозволяє швидко, достовірно, з урахуванням віку постраждалого обрахувати шоківий індекс Альговера (Shock Index), віковий шоківий індекс (Age Shock Index) та педіатричний шоківий індекс (Shock Index, Pediatric Adjusted).

Висновок. Наведені мобільні застосунки впроваджені в навчальний процес кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ННМІ СумДУ і використовуються під час

викладання дисциплін «Екстрена та невідкладна медична допомога», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Підготовка офіцерів запасу галузі знань «Охорона здоров'я».

Розроблення та впровадження програми для мобільних пристроїв «Термічна травма» відзначено дипломом II ступеня за перемогу в конкурсі СумДУ «Інновації ІКТ для сучасної освіти ICT4EDU» в номінації «Мобільні пристрої в навчальному процесі. Створення та використання власних технічних розробок та програмного забезпечення».

ПРОБЛЕМИ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У КЗ СОР «СУМСЬКИЙ ФАХОВИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ»

Білецька А.Г.

КЗ Сумської обласної ради «Сумський фаховий медичний коледж», Суми. Україна

Актуальність. У порівнянні з традиційними методами навчання, симуляційні освітні технології мають ряд переваг, у тому числі дають можливість: формувати професійні компетенції в ході рішення клінічних завдань, максимально наближених до умов реальної професійної діяльності медичних працівників; здійснювати багаторазове виконання практичних навичок; об'єктивно контролювати якість виконання медичних маніпуляцій; освоювати професійні компетенції індивідуально або в команді.

Мета. Створення відділення симуляційного навчання є невід'ємною складовою забезпечення якісної підготовки медичних кадрів, тому що саме завдяки цьому студенти мають змогу набувати практичних навичок в умовах, максимально наближених до реальних.

На базі КЗ СОР «Сумський фаховий медичний коледж» створено відділення симуляційного навчання, метою якого є покращення якості медичної освіти шляхом створення високоефективного освітнього середовища з умовами, максимально наближеними до реального лікувального закладу. Тематично-орієнтовані кабінети відділення симуляційного навчання в повній мірі забезпечені обладнанням відповідно до вимог підготовки спеціалістів з різних дисциплін освітнього плану. На його базі студенти мають змогу опанувати практичні навички з переліку освітньо-професійних програм та освітньо-кваліфікаційних характеристик спеціальностей.

Проблема навчання самостійного клінічного мислення студентів медичних закладів має велике значення. Наразі в системі освіти існує безліч різних методик, що сприяють поглибленню і збільшенню обсягу знань, що мотивують до отримання нових знань та умінь. Однак, це не дозволяє в повній мірі забезпечити формування клінічного мислення і навчити вмінню спілкування з пацієнтами. Цим завданням відповідає методика «стандартизований пацієнт», яка дає можливість працювати студенту самостійно.

Наступним рівнем рішення ситуаційних завдань і прикладів послужили спроби їх інсценування із залученням акторів. Зараз цією методикою користуються по всьому світу. Актори розігрують перед студентом одну з типових (стандартних) ситуацій. Саме з цим і пов'язана назва методу – «стандартизований пацієнт».

Стандартизований пацієнт (СП) – є фізичною особою, яка навчена діяти в якості реального пацієнта для того, щоб симулювати набір симптомів або проблем. У процесі навчання за методикою «стандартизований пацієнт» обов'язковим є перегляд і обговорення тактичної поведінки студента в різних клінічних ситуаціях, його спроможність у проведенні диференціальної діагностики, постановці попереднього діагнозу, що, в свою чергу, збільшує обсяг знань і одночасно формує навички роботи в медичному колективі.

«СП – людина, ретельно підготовлена симулювати реального пацієнта настільки точно, що симуляцію не може помітити навіть досвідчений клініцист».

Цінність методики «стандартизований пацієнт» очевидна: по-перше, студент має можливість відпрацювати практичні навички на реальному пацієнтові; по-друге, студент вчиться працювати самостійно, один на один з хворим; по-третє, студент звикає працювати в умовах суворо обмеженого часу.

Обмеження. Найбільшим обмеженням використання модельованих пацієнтів може бути їх вартість. У той же час СП залежать від конкретного випадку і можуть оцінити клінічну компетентність тільки в обмеженій області. Для навчання або тестування широкого діапазону може знадобитися кілька зустрічей. Незважаючи на те, що СП досить досвідчені в моделюванні симптомів, емоційних станів і навіть певних результатів обстеження (наприклад, неврологічного обстеження), вони можуть бути не в змозі імітувати деякі інші ознаки, такі як шуми в серці або звуки в легенях. Набір СП також може бути важким, трудомістким і більш дорогим, ніж залучення «реальних» пацієнтів.

Наукове видання

МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
**«ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
В УМОВАХ ВІЙНИ
(ОСВІТА, ІННОВАЦІЇ, ДОСВІД)»**
(Суми, 4 квітня 2023 року)

Відповідальний за випуск Ю. В. Шкатула
Комп'ютерне верстання Н. С. Лучко
Дизайн обкладинки Я. В. Борисенка

Стиль та орфографія авторів збережені.

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 10,0. Обл.-вид. арк. 13,47.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2017.