

отрицательным «коронарным» зубцом T свидетельствует об инфаркте миокарда соответствующим отведениям локализации без зубца Q; причем динамика этих изменений может регистрироваться в течение 3-5 недель от начала заболевания.

И наконец, зубец T, о котором говорят, что «зубец T один, а заболеваний много». В первую очередь высокий «заостренный» зубец T или отрицательный «коронарный» зубец Tв грудных отведениях отражает ишемию соответствующей отведениям локализации. Низкой амплитуды зубец T или «слабоотрицательный» зубец T указывают на нарушение процессов реполяризации, которые могут быть при ряде таких состояний как рубцовая стадия инфаркта миокарда, перенесенный миокардит, ожирение, анемия, миокардиодистрофии различного генеза, а также как вариант нормы.

Таким образом, данная схема интерпретации ЭКГ, основанная не на изучении отдельной патологии, а на оценке параметров ЭКГ по определенному алгоритму, должна быть освоена каждым студентом старших курсов. Предложенная схема алгоритма интерпретации ЭКГ достаточно логична, проста для понимания и позволяет студентам старших курсов и будущим врачам быстрее ориентироваться при выявлении более значимой патологии сердечно-сосудистой системы, которая в реальной жизни практического врача может потребовать уточнения стратегии ведения пациента в ближайшие сроки. Использование данного алгоритма на практических занятиях со студентами активизирует их деятельность и позволяет им самостоятельно планировать диагностическую и лечебную стратегию ведения пациента.

Литература:

1. Мурашко, В. В. Электрокардиография: учебное пособие / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 13-е издание, перераб. и доп. – МедПресс-Информ, 2016. – 320 с.
2. Фомина, И. Г. Нарушение сердечного ритма: руководство для врачей / И. Г. Фомина. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2003. – 192 с.

3. Гришкин, Ю. Н. Основы клинической электрокардиографии: монография / Ю. Н. Гришкин, Н. Б. Журавлева. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2008. – 160 с.

**ОБ ОПТИМИЗАЦИИ  
ПРЕПОДАВАНИЯ ВНУТРЕННИХ  
БОЛЕЗНЕЙ НА КАФЕДРЕ  
ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Запевина В.В., Породенко Н.В.,  
Скибицкий В.В., Звягинцева Ю.Г.  
*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,  
Краснодар, Россия*

Резкое увеличение объема научно-медицинской информации, переход на образовательные стандарты третьего поколения, изменение программы и новые задачи преподавания внутренних болезней на выпускном курсе диктуют необходимые изменения методики учебного процесса при сохранении высокого качества преподавания [3, 4]. Уменьшение длительности практических занятий до пяти часов потребовал от сотрудников кафедры жёсткого отбора необходимого учебного материала в рамках рабочей программы. На методических совещаниях кафедры систематически обсуждаются как наиболее трудные вопросы в преподавании внутренних болезней, так и новые данные, касающиеся классификаций болезней, методов диагностики и современных эффективных способов лечения, которые отбираются для внедрения в учебный процесс.

На кафедре госпитальной терапии почти на 80% сократилось число аудиторных учебных часов. Этот факт в сочетании с повышением требований к преподаванию и качеству подготовки студентов в соответствии с ФГОС-3 и ФГОС-3+, диктует профессорско-преподавательскому составу необходимость оптимизировать структуру занятий, работу с учебным и наглядным материалами, изменить время работы студентов с пациентами, что подразумевает грамотное распределение учебных часов между лекциями, семинарами, практическими и семинарски-

ми занятиями, самостоятельной работой студентов. При этом на самостоятельную деятельность обучающимся отводится более 60% учебного времени.

Уменьшение длительности практических и семинарских занятий было компенсировано увеличением числа лекций. Грамотное составление лекционного материала с использованием слайдов, включающее в себя такие аспекты, как: взгляд на вопросы этиологии и патогенеза, классификация заболеваний, примеры формулировки диагноза, особенности клиники, диагностики и принципы современных подходов к лечению и профилактике, подкрепленные наглядными фотографиями клинических проявлений симптомов – все это составляет основу подготовки специалиста терапевтического профиля. Компьютерные технологии оказывают огромную помощь в подготовке, грамотном структурировании материала и преподнесении информации студентам. В результате прослушивания и последующего анализа лекционного материала у студентов формируются подходы к дальнейшей самостоятельной работе на занятиях и вне их за счет систематизации и приобретения знаний, особенно если лекционный материал активно подкреплялся наглядными примерами, ситуационными задачами.

В условиях дефицита времени нам пришлось изменить структуру практического занятия. Мы полностью отказались от практики «цитирования» студентом учебника при устном опросе. Уровень теоретической подготовки оценивается в первой части занятия тестовым опросом, что побуждает студента готовиться к каждой теме. Это демонстрируют результаты тестирования в процессе курации. В некоторых случаях мы тестируем студентов дважды: в начале и при окончании тематического курса. Как правило, исходно с заданием справляются около 50% студентов. В последующие дни практически все студенты приходили на занятие достаточно подготовленными. Среднее время тестирования составляет 20-30 минут.

В этом году на Ученом совете было решено для студентов 6 курса проводить

обязательное ежедневное тестирование в режиме «on-line» с последующим занесением результатов в учебный журнал. Тестирование проводится по разным дисциплинам в рамках подготовки к аккредитации. Положительным моментом для нашей кафедры является тот факт, что большая часть данных тестов относится к дисциплине «внутренние болезни».

При составлении кафедральных тестов мы придерживались ряда правил: каждому заданию присваивался порядковый номер, применялись короткие четко сформулированные вопросы и небольшие ситуационные задачи, вопрос имел пять вариантов ответа. Чаще всего в качестве неправильных ответов традиционно вносились наиболее типичные ошибки, допускаемые студентами при ответах. Оценка результатов теста помогает преподавателю за короткое время, используя эталоны ответов, проверить объем знаний группы, мотивируя их к регулярному изучению материала при самостоятельной подготовке к практикуму.

Безусловно, полагаться только на результаты тестирования не стоит, поскольку в ряде случаев имеет место банальное отгадывание правильного варианта ответа, студенты запоминают тесты, проводимые исходно и после окончания раздела. Тестирование также не способствует развитию речи, правильному формулированию мыслей, развитию логического мышления, что не позволяет рекомендовать применение тестирования для ведущего способа оценки знаний.

Внутренние болезни – дисциплина клиническая, поэтому мы используем различные методики, призванные оценить воздействие процесса обучения на формирование и развитие клинического мышления. Одной из таких методик является написание истории болезни. На кафедре предполагается оформление истории болезни в каждом семестре – две на пятом курсе, две на шестом. У студентов стоматологического факультета предполагается написание трех историй болезни за все время обучения на кафедре в рамках курсов пропедевтики внутренних бо-

лезней и внутренних болезней с эндокринологией и клинической фармакологией.

Немаловажным аспектом самостоятельной работы студентов составляют подготовка клинических ситуационных задач, алгоритмов диагностики и лечения, оформление презентации по заданным темам.

Для дальнейшей практики будущего врача, написание истории болезни является очень важным моментом, поскольку, умение оформлять ее позволяет оценить уровень знаний студента, способность анализировать полученные результаты обследования пациента, а также умение аргументировать диагноз и план лечения [1]. Это также приучает студента оформлять медицинскую документацию правильно, грамотно и аккуратно. Внесение в план написания истории болезни 3-5 дневников наблюдения позволяет анализировать полученные данные, трактовать изменения в состоянии пациента и результатах лабораторно-инструментальных исследований, способствуя развитию клинического мышления и повышению уровня ответственности за результаты лечебного процесса.

На последнем занятии происходит защита истории болезни - изложение результатов обследования курируемого пациента, выделение клинических синдромов, формулировка диагноза, анализ и обоснование выводов. Как правило, защита имеет вид обсуждения, беседы между преподавателем и студентом. Далее преподавателем выносятся оценочные суждения в виде словесной оценки и экспертной оценки по пятибальной системе [5]. Ежегодно анализируя наиболее типичные ошибки, допускаемые студентами во время оформления историй болезни, сотрудники кафедры разработали для всех факультетов и курсов методические рекомендации по их правильному и грамотному написанию, где пошагово описаны все особенности составления истории болезни.

Из-за дефицита времени практические занятия на кафедре стали более компактными, вмещающими значительный объем информации, а студентам и препода-

вателям приходится работать с большим вниманием и интенсивностью.

Соблюдая «речевую асептику», этические нормы поведения в клинике, студенты совершенствуют навык общения с больными, подтверждают клинические синдромы, отрабатывая диагностические приемы непосредственно на пациенте, а также работая малыми группами (3-4 человека). В учебной комнате студенты активно обмениваются мнениями относительно предполагаемого диагноза, проводят по короткому алгоритму дифференциальный диагноз с синдромно сходными заболеваниями и формируют предварительный диагноз.

Поскольку все студенты учебной группы курируют 4-5 больных с однотипной патологией, различающейся лишь сопутствующими и фоновыми заболеваниями и наличием или отсутствием осложнений, общегрупповое обсуждение проводится уже под руководством преподавателя. Обсуждается, как правило, больной (больные) с наиболее отчетливо очерченной патологией, с наиболее часто встречающимися осложнениями. Этот этап анализа клинической ситуации является наиболее интересным, творческим и ответственным. Процесс обсуждения патогенеза у конкретного больного, клинических и параклинических синдромов, клинического и дифференциального диагноза требует от преподавателя широкой эрудиции и владения технологией ведения дискуссии, глубоких знаний по целому ряду смежных дисциплин [2, 6].

Навык интерпретации ЭКГ, рентгенограмм, лабораторных исследований крови, мочи приобретает студентами при анализе каждой стационарной истории болезни курируемых больных и комплекта архивных параклинических исследований. Ежедневная оценка результатов исследования с их динамикой и разновидностями в зависимости от характера заболевания, его осложнений, фоновых процессов позволяет студентам нарабатывать это умение без механического запоминания в «тренировочном режиме».

Заключительным этапом занятия для закрепления навыков диагностики, диф-

ференциальной диагностики, лечения заболевания по усмотрению преподавателя может быть разбор сложной ситуационной задачи или составление студентами короткой истории болезни, или диагностического алгоритма.

Метод конкретной ситуации в данном случае используется как обучающий материал, на котором студенты учатся анализировать, систематизировать информацию, вести дискуссию, обосновывать свою точку зрения, нарабатывать клиническое мышление.

Появившаяся в нашем университете в последние годы реальная возможность освоения врачебных практических навыков в специализированном центре практических навыков, позволяет многократно повторять действия с доведением их до автоматизма без ущерба здоровья больного. В особенности это касается наработки устойчивого алгоритма оказания неотложной помощи при жизнеопасных состояниях (сердечно-легочная реанимация, в том числе электрическая деполяризация сердца и т.д.) с полной имитацией реальной госпитальной ситуации.

Нам представляется, что подобная систематическая мотивация процесса обучения неоспоримо повышает у студентов интерес к знаниям, приобретению практических навыков врачевания.

Таким образом, оптимизация учебного процесса на выпускающей кафедре с постоянно направленной мотивацией деятельности студентов в условиях дефицита учебного времени целесообразна и необходима для овладения основными врачебными навыками.

Литература

1. Дедуль, В. И. Организация управления самостоятельной работы студентов на кафедре внутренних болезней / В. И. Дедуль, В. Н. Снитко // Пути усовершенствования учебного процесса: сб. научн. тр., Гродно. – 2012. – С. 74-77.
2. Запеева, В. В. Инновационные технологии в организации учебного процесса на кафедре госпитальной терапии / В. В. Запеева, В. В. Скибицкий, Н. И. Олейник и др. // Материалы региональной межвузовской учебно-методической кон-

ференции с международным участием «Инновации в образовании», Краснодар. – 2010. – С. 100-101.

3. Профессиональное образование в условиях реализации ФГОС. Санкт-Петербург. ИПК СПО. – 2012. – 184с.

4. Птицин, В. А. Учебная история болезни как важная составляющая контекстного обучения студентов педиатрического факультета медицинского ВУЗа / В. А. Птицин // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сборник статей по материалам XXXVIII международной научно-практической конференции Новосибирск: изд. «СибАК». – 2014. – № 3. – С. 240.

5. Русина, Н. А. Компетентностный подход в деятельности врача-преподавателя / Н. А. Русина, С. В. Алексеева // Медицина и образование в Сибири. – 2008. – № 2. – С. 38-42.

6. Породенко, Н. В. Традиционные и инновационные методы в подготовке студентов высших медицинских учебных заведений / Н. В. Породенко, В. В. Скибицкий, А. В. Фендрикова, А. В. Скибицкий // Материалы региональной межвузовской учебно-методической конференции с международным участием «Инновации в образовании», Краснодар. – 2013. – №4 – С. 268-270.

### **МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ СТУДЕНТАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Захарченко И.С., Школьная Л.Р.  
*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,  
Краснодар, Россия*

Повышение качества высшего медицинского образования является одной из актуальных проблем нашего государства. Решение этой проблемы связано с модернизацией содержания образования, оптимизацией способов и технологий организации образовательного процесса, переосмыслением цели и результата образования.

При этом на современном этапе развития медицинского образования, не-