

УДК 378.046.4: 614.253.1/2]618.146-006-072.1

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КОЛЬПОСКОПІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

О. О. Акуліна

Харківська медична академія післядипломної освіти

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL PECULIARITIES OF TEACHING OF COLPOSCOPY ON THE STAGE OF POST-GRADUATE EDUCATION

O. O. Akulina

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Процес навчання на циклі “Кольпоскопія в ранній діагностиці передпухлинних і пухлинних станів шийки матки, піхви і вагіни” складається з 3-х різних методик викладання: пасивних, активних, інтерактивних, а також самостійної підготовки курсантів з використанням усних і комп’ютерних тестів, відеокольпоскопічних знімків. Сформовані на кафедрі підходи до організаційно-методичного забезпечення навчального процесу дозволяють лікарям-курсантам підвищити свою кваліфікацію, поглибити і розширити свої знання з діагностики і лікування злоякісних новоутворень шийки матки.

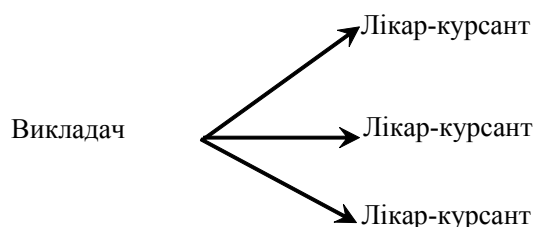
The instruction on the cycle “colposcopy” in early diagnostics of the pretumorous and tumor pathology of the neck of the womb, sheath and vulva consists of 3 different procedures of the teaching: passive, active, interactive, and also self-study of cadets with the use of oral and computer tests, videocolposcopic photographs. The approaches to the organizational and procedural guarantee of a training process formed in the department make possible for doctor- cadets to increase their qualification, to deepen and to broaden their knowledge on diagnostics and treatment of the malignant new formations of the neck of the womb.

Вступ. Післявузівська медична освіта дає можливість ознайомитися з сучасними лікувально-діагностичними методами, освоїти необхідні для лікаря-спеціаліста практичні навички, брати активну участь у семінарах, розборах клінічних випадків.

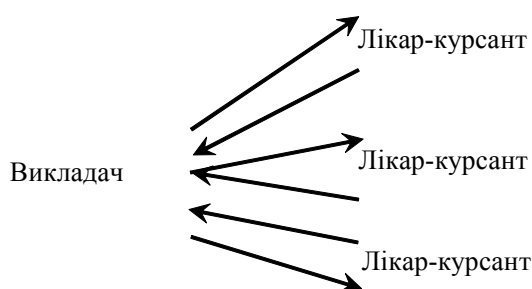
Рівень знань і нової медичної інформації є лише початковим етапом в навчанні (хоча і обов’язковим, базовим).

Дослідженням, проведеним у 80-х рр. Національним тренінговим центром (США, штат Меріленд) [2], було встановлено, що найменший відсоток засвоєння мають пасивні методики викладання (лекція – 5 %, читання – 10 %), а найбільший – інтерактивні (дискусійні групи – 50 %, практика через дію – 75 %, навчання інших, або негайне застосування на практиці – 90 %). Відомо, що пасивні методи навчання орієнтовані, як правило, лише на рівні знання і розуміння, інтерактивні ж – задіють усі рівні навчання і дозволяють різко збільшити відсоток засвоєння матеріалу.

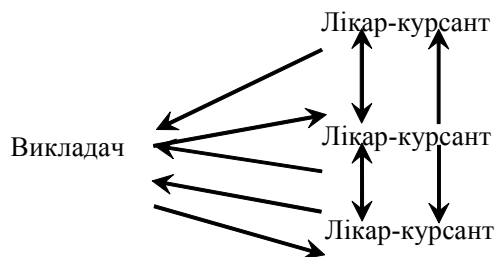
1) Пасивні: де лікарі-курсанти виступають в ролі “об’єкта” навчання, які повинні засвоїти і відтворити матеріал, що передається їм викладачем – джерелом знань. Основні методи – це лекція, тестування, опитування.



2) Активні: де ті, хто навчається, є “суб’єктом” навчання, виконують завдання, вступають в діалог з викладачем. Основні методи – це завдання (реферати, доповіді), питання від лікаря-курсанта до викладача, і від викладача до лікаря-курсанта.



3) Інтерактивні: від англ. *inter* – “між”, *act* – “дія”, таким чином, дослівний переклад позначає інтерактивні методи – які дозволяють вчитися взаємодіяти між собою, а інтерактивне навчання – навчання, побудоване на взаємодії всіх учнів, включаючи викладача. Ці методи найбільш відповідають особистісноорієнтованому підходу, оскільки вони передбачають взаємонавчання (колективне, навчання у співпраці), причому і той, хто навчається, і викладач є суб’єктами навчального процесу. Викладач частіше виступає лише в ролі організатора процесу навчання, лідера групи, творця умов для ініціативи лікарів-курсантів. Крім того, інтерактивне навчання засноване на прямій взаємодії лікарів зі своїм досвідом і досвідом своїх колег, оскільки більшість інтерактивних вправ звертається до досвіду самого слухача, причому не тільки клінічного. Нові знання, навички та вміння формуються на основі такого досвіду.



Безумовно, для якісного і системного навчання повинні бути задіяні всі види організаційно-методичної роботи та важливі всі рівні пізнання.

Основна частина. Організаційно-методичні особливості викладання кольпоскопії у ВНЗ післядипломної освіти обумовлені двома глобальними причинами: 1) діагностика фонові, передпухлинної патології та раннього раку шийки матки є, мабуть, однією з найбільш значущих медичних, а в останнє десятиліття, і соціально-економічних проблем, і отже, без знання кольпоскопії лікар акушер-гінеколог не може вважатися грамотним і компетентним фахівцем; 2) у медичному вузі кольпоскопії, як провідного діагностичного методу при патології шийки матки, не навчають, і лікарі, потрапляючи на кафедру онкогінекології, через 5–10 або 15 років своєї роботи, вперше стикаються з величезним масивом науково-практичної інформації, від якісного засвоєння і подальшого застосування якої буде залежати життя їх пацієнток.

Тому для викладачів кафедри основним завданням є – максимальна систематизація великої за обсягом кількості клінічного матеріалу з метою створення певної послідовності – від простого до складного, з використанням всіх видів навчання, роблячи, безу-

мовно, наголос на інтерактивних методиках, що справді дозволяє лікарям-курсантам швидше і якісніше засвоювати пропонований матеріал, виробляючи і розвиваючи при цьому своє клінічне мислення.

На кафедрі за останні роки проведена робота щодо поліпшення змісту та інформаційно-методичного забезпечення освітніх програм, зокрема:

- відповідно до сучасних вимог МОЗ України було розроблено новий навчальний план 78-годинного курсу тематичного удосконалення “Кольпоскопія в ранній діагностиці передпухлинної та пухлинної патології шийки матки, піхви і вульви”, який був затверджений на засіданні Методичної ради в квітні 2008 р.;

- розроблений ряд комп’ютерних тестів, ситуаційних завдань, знімаються відеофільми;

- збільшена забезпеченість лікарів-курсантів навчальною літературою; електронними підручниками;

- здійснено підключення до інформаційної мережі INTERNET;

- в навчальний процес активно впроваджуються нові технічні засоби навчання, розпочато розвиток дистанційного навчання.

Відеосистема кольпоскопа МК-400 [1] дозволяє проводити діагностичні дослідження, здійснювати контроль за лікувальними процедурами, навчати методик у галузі онкогінекології. Апарат може використовуватися для точної діагностики різних станів шийки матки, вульви і піхви. Прилад значно полегшує проведення різного роду мініопераційного втручання, у тому числі біопсію тканин, працюючи з максимальним наближенням. Наявність зеленого фільтра дає можливість розглянути капілярну сітку, поширення і розширення кровоносних судин, а також фрагментарні знебарвлення досліджуваних ділянок тканин.

Наявність відповідних програм “MEDVISOR” дає можливість створювати свою власну базу даних, досліджуючи зразки, порівнювати і редагувати відповідним чином зображення, одержувати свого роду архіви і звіти, які надалі можна використовувати в науковій і практичній діяльності, для консиліумів та конференцій. Наявність програми дає також унікальну можливість виявляти приховані, невидимі раніше дефекти на підставі порівняння всіх наявних архівованих зображень і знімків, що, безумовно, заслуговує уваги.

Кольпоскопія надає (при необхідності) можливість участі в процесі обстеження декількох лікарів одночасно.

Відеокольпоскопія надає унікальну можливість пацієнці безпосередньо брати участь у процесах діагностики і, відповідно, обдуманно, з інформаційною зго-

дою у виборі методів лікування. А також дозволяє побачити результат на екрані, що значною мірою полегшує контакт лікаря з пацієнткою. І при цьому група з 5–10 лікарів курсантів вільно присутня при обговоренні клінічного випадку, розглядаючи картинку шийки матки на екрані монітора, що дуже важливо з позиції медичної деонтології, оскільки оглядати одну пацієнтку такої кількості курсантів, безумовно, неможливо.

Цифрова відеосистема високої роздільної здатності (USB-Digital) дає (в режимі трансляції) телевізійне зображення 640x480 пікселів з частотою 30 кадр / с і дозволяє, за допомогою зручно розташованої кнопки відеозахоплення, робити знімки високої роздільної здатності з якістю 1280 \ 1024 пікселів. Відеосистема не погіршує оптичних характеристик кольпоскопа і дає зображення, що повністю збігається з візуальним зображенням.

Велика глибина регулювання кольоровості, контрасту, яскравості і балансу білого дозволяє отримувати високоякісні фотознімки з ідеальною кольоропередачею.

Незаперечною перевагою є можливість фіксування отриманого на екрані монітора збільшення. Програма "MEDVISOR" використовує стандартний відеосигнал аналогової камери, сканерів. А також має можливість запису відеороликів процесу обстеження у вигляді файлу, дозволяє зберігати, порівнювати, редагувати і виводити зображення на друк.

Основні переваги відеокольпоскопії:

- можливість одночасної участі в процесі обстеження декількох лікарів;
- легкість виявлення патології навіть при незначних змінах форми і кольору досліджуваних тканин;
- наявність у кольпоскопа S-VIDEO, VIDEO, USB виходів дозволяє передавати зображення на будь-який побутовий телевізор, комп'ютерний монітор або комп'ютер для його відображення, запам'ятовування і друку;
- регульоване збільшення, ручне фокусування зображення, стоп-кадр легко управляються мишкою.

Програмне забезпечення дозволяє створювати і вести базу даних пацієнтів і дає такі можливості:

- створення каталога обстежуваних пацієнтів;
- автоматичний пошук по базі даних;
- архівування та друк отриманих зображень;
- формування звітів за результатами обстежень;
- можливість виведення цих звітів на друк;
- використання візуальних звітів для наукової та клінічної роботи, для консультацій з колегами, для перегляду і обговорення з лікарями-курсантами.

Висновки. Таким чином, вивчення і закріплення нового інформаційного масиву матеріалу для лікарів-курсантів відбувається так:

1. Інтерактивна лекція.
 2. Лікар-курсант в ролі викладача.
 3. Робота з відеокольпоскопом.
 4. Кожен слухач навчає кожного, ділиться своїм клінічним досвідом.
 5. Робота з історіями хвороби.
 - 5.1. Вивчення амбулаторних карт, збір анамнезу, аналіз направлення в стаціонар.
 - 5.2. Письмова робота з обґрунтування встановленого діагнозу, вибору методу обстеження та подальшої адекватної тактики лікування.
 - 5.3. Розбір лікарських помилок на догоспітальному етапі (якщо такі були).
 6. Обговорення складних клінічних випадків на клінічному розборі.
 - 6.1. Дискусія.
 - 6.2. Дебати.
 - 6.3. Реферати.
 - 6.4. Симпозіум.
 7. Розв'язання проблем (а також).
 - 7.1. Мозковий штурм.
 - 7.2. Алгоритм рішень.
 - 7.3. Заключне слово викладача. Аналіз проведеної роботи, хто був найбільш близький до правильного вирішення поставленого завдання, хто розібрався з даним клінічним випадком краще за всіх. Заслужена оцінка діяльності кожного лікаря-слухача.
- Підводячи підсумок, можна сказати, що навчитися кольпоскопії може кожен, хто цього дійсно хоче.

Література

1. Лазерные хирургические аппараты. Кольпоскоп МК-200. – <http://www.medlas.ru/ru/kolposkop/mk200.html>
2. Маслова Л. В. Активные и интерактивные методы преподавания на уроках истории и обществознания /

Л. В. Маслова // Активные и интерактивные методы преподавания на уроках истории и обществознания. Статьи Фестиваля "Открытый урок".mht. 2011 г.