

Такой метод контроля знаний, по нашему мнению, выполняет развивающую функцию, а именно: способствует развитию не только пространственно-мыслительных способностей, но и – автономности в познавательном процессе при накоплении знаний с последующей самооценкой. Важной составляющей данного метода является образовательная функция, так как позволяет обучающемуся, участвовать в образовательном процессе, потому что составленный им кроссворд применяется для контроля знаний не только данного студента, но и всей группы. Сочетание таких форм, как самостоятельная предварительная подготовка, коллективное обсуждение, позволяет приобрести опыт рефлексии, отстаивания собственной точки зрения, умение слушать чужую аргументацию, а также группового взаимодействия решения проблемы и способствует творческому саморазвитию и самореализации студентов.

Это повышает мотивацию к освоению новых терминов и понятий определенной дисциплины, стимулирует у студентов познавательную деятельность, используя при самостоятельной работе материалы учебных пособий, лекций, справочников, словарей терминов, информацию электронных ресурсов по изучаемой дисциплине.

Таким образом, апробированная и используемая нами модель по составлению кроссвордов при изучении ряда дисциплин способствует не только мотивации к обучению, формированию ценностного отношения к самообразованию и потребности в собственном совершенствовании, но и возникновению у студентов научного интереса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барабаш, В.В. Развитие основ профессиональной компетентности в вузе / В.В. Барабаш // Высшая школа. -2014. -№4. -С.47-50.
2. Информационные и коммуникационные технологии в образовании: монография / под ред. Б.Дендева. - М.: ИИТО ЮНЕСКА,2013. -320с.
3. Кикель, П.В. Современные образовательные технологии / П.В. Кикель // Образование и педагогическая наука. - Минск:НИО,2008.

УДК378.147:616.1/6

### **МЕТОД ОБУЧАЮЩИХ ЗАДАНИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

**Виноградова Т.А., Виноградов С.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В 2015 г. Беларусь готовится к вступлению в Болонский процесс. Основным требованием Болонской декларации является повышение качества образования. Для высшей медицинской школы это означает повышение качества клинической подготовки. С целью улучшения практической подготовки по дисциплине «внутренние болезни» мы разработали метод обучения, включающий в себя выполнение обучающих заданий в ходе осмотра пациентов.

В ходе изучения дисциплины «внутренние болезни» студент должен знать нозологии, предусмотренные учебной программой, уметь обследовать

пациента, оказывать помощь при неотложных состояниях, приобрести навыки работы с медицинской аппаратурой с целью получения результатов инструментальных методов исследований и возможности их интерпретации, а также получить навыки работы с медицинской документацией и ее анализа. Рабочие программы по дисциплине «внутренние болезни» на всех факультетах медицинского университета очень насыщены, количество учебных часов недостаточно, что предусматривают ежедневное изучение большого объема материала, усвоение которого невозможно без хороших базовых знаний по смежным дисциплинам. Слишком большой объем материала студенты не всегда успевают усвоить или усваивают поверхностно. Причем, в процессе обучения студенты ориентированы не только на понимание изучаемого материала, но и запоминание. В сложившихся условиях возрастают требования к качеству основной и дополнительной учебной литературы, электронным ресурсам. При изложении учебного материала желательны наличие рисунков, фотографий, а также обобщение материала в виде схем, таблиц, алгоритмов, что упрощает восприятие и запоминание. Сложность изучения дисциплины также состоит в том, что полученные теоретические знания последовательно отрабатываются на практических занятиях при прямом контакте с пациентами и изучении их медицинских карт. На этом этапе практических занятий возникает ряд трудностей: нежелание пациентов контактировать со студентами, скудное изложение ими жалоб и анамнеза, стеснение от присутствия большого количества людей при обследовании. Надо заметить, что отработка навыков физикального обследования пациентов, проведения ряда манипуляций, оказания неотложной помощи значительно облегчилась после открытия «Центра практических навыков», где используются тренажеры. Однако умение собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни отрабатываются только при ежедневном общении с пациентами. На этом этапе обучения роль педагога-клинициста первостепенна.

В последние десятилетия клиническая медицина развивается очень быстрыми темпами, что связано с применением информативных технологий в лабораторных, инструментальных исследованиях. Это приводит к переосмыслению причин и механизмов развития заболеваний, создает условия для пересмотра классификаций и диагностических критериев, подходов к лечению и профилактики заболеваний. Возможность быстрого получения результатов при различных инструментальных и лабораторных исследованиях создает у студентов иллюзию малозначительности физикального обследования, сбора жалоб и анамнеза, не учитывая тот факт, что только хорошее знание и владение этими методами способствует осмысленному применению «технических» методов диагностики. Из результатов анализа «врачебных ошибок» известно, что 23% ошибок происходит из-за плохо собранного анамнеза, и только 14% - из-за неправильной интерпретации результатов инструментально-лабораторных обследований.

Мотивация к освоению всех методов обследования пациентов вырабатывается при проведении совместных осмотров тематических пациентов с преподавателем во время практических занятий, а также при проведении совместных обходов и консилиумов у пациентов с «неясными»

диагнозами. Методики проведения осмотров отличны на разных курсах и зависят от подготовленности студентов. Студенты четвертого курса только начинают изучение дисциплины и знакомятся с основными нозологиями, поэтому во время осмотра очень важно сначала дать возможность студентам самим собрать жалобы пациента, с учетом имеющихся теоретических знаний, провести обследование. Например, в учебной литературе описание боли при нозологиях имеют четкие характеристики, и при сборе анамнеза студенты оперируют именно этими терминами. Но восприятие пациентом боли может быть отличным от предлагаемых терминов в связи как с патоморфозом заболеваний, так и невозможностью выразить свое состояние нужными словами. Роль преподавателя состоит в том, чтобы научить студентов задавать уточняющие вопросы и по мере появления предположений или догадок о заболевании направлять пациента в описании своего состояния. Анализ полученных физикальных и лабораторно-инструментальных методов обследования носит форму проблемной задачи, когда к постановке диагноза студенты идут шаг за шагом, проводя дифференциальный диагноз синдромов. Далее мы предлагаем в письменной форме изложить свой вариант лечения данного пациента и в процессе обсуждения приходим к правильному варианту. С помощью решения проблемных задач, основанных на конкретной клинической ситуации, обеспечивается как закрепление знаний, так и развитие теоретического мышления, познавательного интереса, профессиональной мотивации.

Для студентов выпускного курса, уже имеющих представление о дифференциальном диагнозе, во время обхода мы применяем элементы лекции-вдвоем, когда разбор клинической ситуации проходит в виде проблемного изложения материала в диалоге двух преподавателей. При этом создается проблемная ситуация в виде синдромального диагноза, разворачиваются системы доказательств в ходе постановки окончательного диагноза и разработки лечения. Наличие двух источников информации заставляет сравнивать разные подходы, вырабатывать свои. В обсуждение вовлекаются студенты путем побуждения задавать вопросы, высказывать свою точку зрения. Диалог формирует навыки ведения дискуссии, выполнения совместных действий в поиске решений. Для работы врача этот навык представляется очень полезным, поскольку в клинической медицине существуют тенденции к узкой специализации и результаты лечения пациентов зависят от слаженности совместных действий врачей разных специальностей.

Таким образом, формирование устойчивых практических умений и навыков может осуществляться только с помощью методик деятельного подхода к обучению, способствующих успешной профессиональной деятельности и повышению конкурентоспособности на рынке труда.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Малая, Л.Т. Перспективы методического совершенствования педагогического процесса на кафедре внутренних болезней медицинского института / Л.Т. Малая, О.И. Шушляпин, Л.И. Капустина, Л.Г. Кононенко. // Проблемы высшей школы, 1988, вып. 65. - С. 28-36.

2. Панфилова, А.П. Инновационные педагогические технологии: Активное обучение. Учеб. пособие для студ. вузов / А.П. Панфилова. – М.:Изд. центр «Академия», 2009. – 192 с.

УДК 616.1/.4[378.146:004.9](476.6)

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕСТИРОВАНИЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ**

**Водоевич В.П., Варнакова Г.М., Брейдо А.А.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Преподавание внутренних болезней в Гродненском государственном медицинском университете в течение 4-х лет проводится на кафедрах пропедевтики внутренних болезней, 1-й, 2-й кафедрах внутренних болезней и кафедре поликлинической терапии.

На всех кафедрах медицинского университета (теоретических и клинических) проводится тестирование студентов, т.е. определяется их: 1) исходный уровень знаний; 2) мониторинг повышения уровня знаний в процессе обучения и 3) тестирование студентов перед экзаменом. На теоретических кафедрах (физика, химия, физиология, микробиология и т.д.) тестирование студентов помогает быстрее определить уровень знаний каждого студента, в то время как во время опроса «задействованы» только отдельные студенты, а другие могут не знать темы и заниматься другими делами во время занятий. Коэффициент полезного действия, т.е. участие студентов в обсуждаемой теме, довольно низкий.

Это – теоретические кафедры, где ссылаются на такую-то формулу, такой-то закон, где все обосновано. А, как известно, наука становится точной, когда она имеет математическое подтверждение. В таком случае в тестах должен быть только один ответ.

Что касается клинических дисциплин, то математический подход для установления диагноза и назначения лечения чаще всего не всегда возможно применить. Дело в том, что одна и та же болезнь у каждого пациента может проявляться по-разному. Далее – у одного пациента может сочетаться несколько заболеваний. К примеру, возьмем пациента с ожирением. У него может сочетаться ишемическая болезнь сердца, остеохондроз позвоночника, калькулезный холецистит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Обострение холецистита может провоцировать приступы стенокардии. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь вызывает боли за грудиной, изжогу, которая очень похожа на жгучие боли за грудиной, характерные для стенокардии. Остеохондроз грудного отдела позвоночника вызывает опоясывающие боли с распространением на грудь. Таким образом, все эти заболевания могут вызывать боли в грудной клетке. А если еще присоединяется сахарный диабет, как осложнение ожирения, то со стороны сердца возникает диабетическая кардиопатия. Клинические проявления этих заболеваний, когда они сочетаются вместе, будут отличаться от той классической картины отдельно взятого заболевания. И определить, какая