

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

болезнь в данный момент выступает на первый план помогает тщательно собранный анамнез, который не поддается тестированию. Зачастую, тщательно собранный анамнез позволяет выставить диагноз даже без объективного осмотра пациента. К сожалению, теперь у врачей имеется тенденция в постановке диагноза отдавать предпочтение лабораторно-инструментальным методам исследования. Этот пациент «пойдет» по узким специалистам – кардиолог, гастроэнтеролог, невролог, эндокринолог, которые назначат массу дополнительных исследований и каждый назначит свое лечение. Участковый терапевт, т.е. врач по внутренним болезням должен откорректировать назначения узких специалистов, т.к. многие лекарства не сочетаются друг с другом, или действие одного усиливает действие другого, что требует уменьшения дозировки. Это также не поддается тестированию.

Тестирование уровня знаний по внутренним болезням более менее оправдано на 3, 4 курсах, когда разбираются симптомы отдельно взятого заболевания. Тестирование может использоваться студентами и для самоподготовки, для улучшения запоминания. Правда, здесь следует отметить чисто механический фактор. Как показывает опыт использования тестирования в процессе изучения внутренних болезней у студентов иностранного факультета (русскоязычных) уровень знаний гораздо ниже, чем у наших студентов, а ответы по тестированию иногда достигают до 100%. Устный опрос данной темы, разбор конкретных клинических случаев у постели больного, только в «обратном» порядке, показывает, что уровень знаний у тех же иностранных студентов составляет не более 20%.

Тестированием уровня знаний студентов на 5, 6 курсах не следует увлекаться. Это препятствует у них развитию клинического мышления и индивидуального подхода к диагностике и лечению данного пациента. В основе обучения студентов по внутренним болезням должен оставаться старый классический метод обучения: студент у пациента собирает жалобы, анамнез заболевания, обследует его объективно (перкуссия, аускультация, пальпация и т.д.), ставит предварительный диагноз и потом только назначает в дополнение лабораторно-инструментальные исследования. Все это контролируется преподавателем. Тестовый контроль на старших курсах медицинского вуза уместен лишь для оценки общей теоретической подготовки обучаемых.

Множество лабораторно-инструментальных исследований, узаконенные в последнее время стандарты диагностики и лечения заболеваний, отдаляют психологически пациента от лечащего врача, а последнему нужно лечить не только тело, а и душу, т.е. лечить не болезнь вообще, а конкретного больного. И этот принцип врачевания необходимо прививать студентам старших курсов, ибо от союза врача и пациента зависит успех выздоровления. Уровень подготовки большинства студентов иностранного факультета (англоязычных) явно более низкий, т.к. здесь отсутствует непосредственное общение студента с самим пациентом, а только через переводчика-преподавателя. Поэтому тестирование студентов на этом факультете может использоваться более часто.