ции учебного процесса, применение прогрессивных технологий обучения. Одним из элементов этой формы есть широкое внедрение индивидуализации самостоятельной работы врачей. Это, прежде всего, самостоятельная внеаудиторная работа при подготовке к практическому занятию. Самостоятельная работа при этом оказывает содействие более тщательному, надежному закреплению практических навыков обследования, диагностики и выбора методов лечения. Особое внимание нами отводится, самостоятельной работе у кровати больного в стационаре и при работе с больными на амбулаторном приеме в поликлинике.

Для повышения заинтересованности при изучении дерматовенерологии, нами демонстрируются пациенты, с заболеваниями которые еще не изучались, при этом дается краткий комментарий, знакомство с историей болезни, лабораторными данными. Предлагается написать и выступить с реферативным сообщением нескольким врачам по данному больному, что может вызвать дискуссию, научный спор и, в конечном счете, способствует лучшему усвоению материала.

Большое практическое значение имеет изучение врачами общей практики вопросов современной клинической фармакологии. Демонстрация новых препаратов по каждой теме, методикой их применения, учетом показаний и противопоказаний, возможные осложнения – все это способствует более глубокому детальному запоминанию.

Но, к сожалению, практической реализации такой обширной программы обучения врачей по специальности "Общая практика - семейная медицина" на кафедре кожных и венерических болезней препятствует недостаточная материально – техническая база (отсутствие компьютерных программ с тестами, ситуационными задачами, качественных учебников с фотоальбомами), а также, очень маленькое количество часов практических и лекционных занятий.

Мы считаем, что программу обучения курсу дерматовенерологии надо значительно расширить, т.к. кожные болезни встречаются очень часто, в особенности в сельской местности, а сексуальная раскрепощенность населения, в наше время, способствует росту венерических заболеваний.

УДК 61:614.254.3:378
© Колектив співавторів, 2003

МЕТОДИКА ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В НАДАННІ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Іващук С.І., Сидорчук Л.П., Іващук О.І., Петринич О.А.

Буковинська державна медична академія
Кафедра сімейної медицини (зав. – проф. С.В.Білецький)

Сімейний лікар – поняття багатогранне і за сутністю охоплює всі розділи сучасної медицини. За останні роки все більше уваги приділяється професійній підготовці лікарів-інтернів і лікарів сімейної практики. Наше завдання полягає в тому, щоб за відносно короткий період часу підготувати лікаря-інтерна чи лікаря слухача до самостійної роботи по наданню невідкладної хірургічної допомоги.

Нами обрана друга існуюча на Україні модель викладання сімейної медицини. Кафедра представлена терапевтами, педіатрами, хірургом, акушер-гінекологом і невропатологом. Взагалі на кафедрі працюють 2 професори, 4 доценти, 3 асистенти. Окрім цього, лікарі-інтерни та слухачі проходять навчання ще за 12 спеціальностями на 8 суміжних кафедрах мед академії, яке координується кафедрою сімейної медицини.

Кафедрою розроблено методологічний комплекс підготовки сімейного лікаря з хірургії, до якого входить теоретичний курс підготовки (лекції, семінарські заняття, самостійне опрацювання літератури) та клінічний етап підготовки, якому приділяється особлива увага.

Так для поліпшення входження лікарів-інтернів і лікарів-слухачів у практичну діяльність сімейного лікаря, необхідно навчити їх умінню орієнтуватися у нагальних ситуаціях, при тій чи іншій патології, тактиці та наданню догоспітальної лікарської допомоги. Оптимальним, виглядає, практикування лікарів у приймальному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги, де спостерігається постійний потік ургентних хворих за різними спеціальностями: хірургія, урологія, травматологія, нейрохірургія, комбустіологія, реаніматологія. Нами запропонована наступна схема роботи. При надходженні хворого у приймальному відділенні, наш лікар разом із лікарем-спеціалістом проводить огляд та обстеження пацієнта, визначається у тактиці ведення останнього. У разі амбулаторного профілю пацієнта – надає необхідну медичну допомогу, під контролем лікаря-спеціаліста; при госпіталізації хворого у відділення – знайомиться з тактикою лікарів відділення (їх призначеннями, обсягом обстежень і прийомами у проведенні тих чи інших маніпуляцій). Необхідно зауважити, що 2/3 основного часу своєї діяльності наш лікар проводить у приймальному відділенні і тільки 1/3 – у стаціонарі. Час роботи у стаціонарі охоплює і повторні відвідування відділення в наступні дні: огляд госпіталізованих напередодні хворих, знайомство із подальшим перебігом захворювання, призначеними обстеженнями, зміною діагнозу чи тактики. Бажано, щоб у приймальному відділенні знаходилася група лікарів-інтернів чи слухачів, що дає їм можливість обмінюватися інформацією, оскільки

кожен із них працює зі "своїм" хворим і не завжди "бачить" усіх пацієнтів. Упродовж роботи у приймальному відділенні поряд із нашим лікарем постійно знаходяться куратор циклу, який надає їм, у разі необхідності, певну консультативну допомогу. Кожен наступний день починається із аналізу хворих оглянутих курсантами напередодні та відпрацювання певних ситуаційних задач по кожному хворому.

Поряд із тим для, для полегшення подальшої практичної роботи наших сімейних лікарів, нами розроблено алгоритми дій сімейного лікаря при невідкладних станах хірургічного профілю. Структура алгоритму побудована наступним чином: визначення нозології, клініка, діагностика, план дій сімейного лікаря, лікування.

Поряд із поданням текстового матеріалу ми наводимо і граф логічної структури. Останній є обов'язковим, враховуючи нагальність та невідкладність дій сімейного лікаря в тій чи іншій екстремальній ситуації. Вважаємо за доцільне, також, розроблення стандартизованих схем лікування та дій сімейного лікаря. Як приклад можемо продемонструвати фрагмент алгоритму "ФУРУНКУЛ":

Фурункул – гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула, сальної залози та прилеглої підшкірно-жирової клітковини, що характеризується болем у місці розташування, гіперемією, запальним інфільтратом невеликих розмірів, на більш пізніх стадіях у центрі утворюється некротичний стрижень.

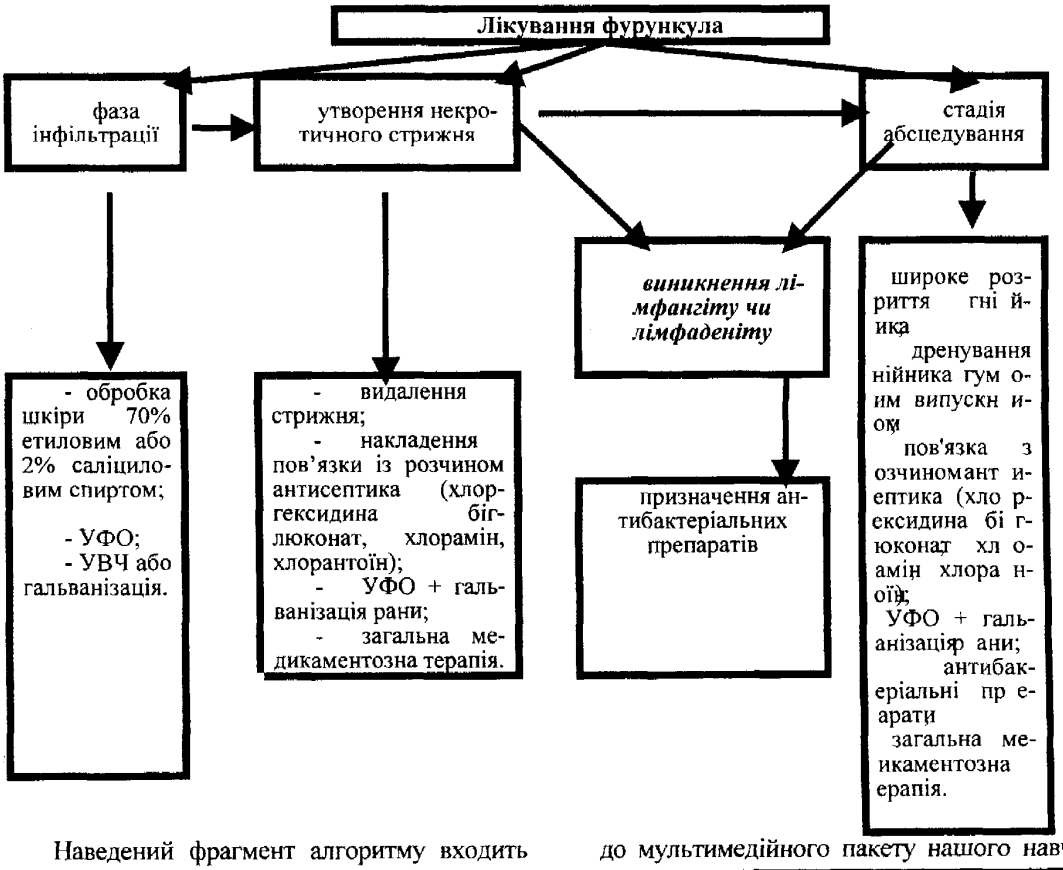
Лікування фурункула в стадії інфільтрації полягає в обробці шкіри 70% етиловим або 2% саліциловим спиртом, призначенні УФО, УВЧ або гальванізації.

Лікування фурункула при утворенні некротичного стрижня полягає у видаленні останнього, накладенні пов'язок із розчином хлоргексидину біглюконату, хлораміну, хлорантоїну, гіпертонічним 10% розчином NaCl, в окремих випадках – з мазями на гідрофільній основі (левосин, левоміколь). В разі виникнення лімфангіту чи лімфаденіту показано призначення антибіотиків.

ЗАУВАЖИМО!

Фурункул волосяної частини голови та обличчя підлягає госпіталізації з обов'язковим призначенням антибіотиків.

Лікування фурункула в стадії абсцедування: хірургічне - широке розкриття гнійника (не потрібно боятися великих розрізів). Навпаки, маленькі розрізи є причиною тривалих страждань хворого, унаслідок неадекватного дренування гнійника. Дренаж гнійника гумовим випускником, асептична пов'язка з розчином антисептика (хлоргексидин, хлорамін, хлорантоїн) до повного очищення рани від гнійно-некротичного вмісту. З появою грануляційної тканини переходять на мазеві пов'язки (левоміколь, левосин, метилурацилова мазь). Кількість перев'язок у фазі гідратації – щоденно чи, навіть, двічі на день, у фазі дегідратації – щоденно або через день, що залежить від кількості виділень із гнійника та темпів загоєння.



Наведений фрагмент алгоритму входить до мультимедійного пакету нашого навчаль-

ного курсу з хірургії, що дає можливість забезпечення демонстративного навчання навіть за відсутності тематичного хворого, тобто "не тільки почути але й побачити". Запропонований підхід було поширено нашою кафедрою й на викладання інших дисциплін, що отримало схвалення як із боку лікарів-інтернів так і слухачів. Сподіваємося, що така методика підготовки забезпечить високий професійний рівень нашого сімейного лікаря.